

Mod. "DP"

All'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico

“PAOLO GIACCONE” di PALERMO

DICHIARAZIONE RESA A SEGUITO DELLA DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO N. 20 DEL 24.02.2009

OGGETTO: PROCEDURA NEGOZIATA RELATIVA ALL'AFFIDAMENTO DEI LAVORI NECESSARI PER LA REALIZZAZIONE DI UN LABORATORIO “C.Q.R.C.” (CONTROLLO QUALITÀ E RISCHIO CHIMICO) N.CIG : 04666156DF

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

nella qualità di _____

dell'Impresa _____

con sede legale a _____

in Via/Piazza _____ n. _____

iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio Industria

Artigianato e Agricoltura di _____

al fine della iscrizione/permanenza (cancellare quanto non interessa)

nell'Albo delle Imprese di fiducia di cui sopra,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità ed in modo solenne :

- di non aver mai corrisposto né di corrispondere, a seguito di illecite richieste, somme di denaro (“pizzo”) in nessuna forma diretta o indiretta ;

- di impegnarsi a collaborare con le Forze dell'Ordine, denunciando ogni eventuale tentativo di estorsione, intimidazione o condizionamento di natura

criminale (pizzo, richieste di tangenti, pressioni illecite per l'assunzione di personale o per l'affidamento di subappalti, danneggiamenti o furti di beni aziendali, etc.);

- di rispettare i principi fondamentali di legalità nell'esercizio della propria attività economica ;

*- di essere consapevole che la sottoscrizione del presente atto è condizione indispensabile per l'inserimento/permanenza nell'Albo delle Imprese di fiducia dell'A.O.U.P. "Paolo Giaccone" di Palermo e che pertanto, la **non veridicità** o la **mancata ottemperanza** agli obblighi assunti con la presente dichiarazione determinerà:*

- l'esclusione dall'Albo della Ditta sopracitata per la durata di anni tre;

- l'impossibilità di ricevere affidamenti diretti dall'A.O.U.P. per anni tre;

- l'impossibilità di ricevere incarichi di subappalto da Appaltatori che operano per l'A.O.U.P. per anni tre.

(Luogo e data) _____

Timbro e Firma

N.B.: Alla presente si allega copia documento di riconoscimento in corso di validità.