

Mod. 7/PN

All'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico

“PAOLO GIACCONE” di PALERMO

**DICHIARAZIONE RESA A SEGUITO DELLA DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINI-**

**STRAZIONE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO N. 20 DEL 24.02.2009**

**OGGETTO: PROCEDURA NEGOZIATA RELATIVA AI LAVORI DI**

**REALIZZAZIONE DI UN IMPIANTO MONTALETTIGHE ESTERNO**

**A SERVIZIO DELL'U.O. DI NEUROCHIRURGIA PRESSO L'ISTI-**

**TUTO DI SCIENZE STOMATOLOGICHE DELL'A.O.U.P. “PAOLO**

**GIACCONE” CIG: 051445802C**

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.