

"Dichiarazione Antipizzo"

Mod. "PD"

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:** Albo Fornitori di fiducia dell'A.O.U.P. "Paolo Giaccone"

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

nella qualità di

della Ditta

con sede legale a

in Via/Piazza

n.

iscritt nel Registro della Camera di Commercio Industria Artigianato e Agri-

coltura di

al n.

a far data dal

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

nell'Albo dei Fornitori di fiducia di cui sopra.

## DICHIARA

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 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 dei Fornitori 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.

(Luogo e data)

Timbro e Firma

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