

Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826

Area Provveditorato

Via Enrico Toti n°76

telefono 0916555566 – fax 0916555502

Prot. 3896

Palermo, 03 AGO. 2017

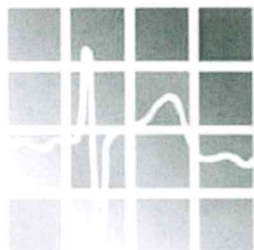
**Spett.le Ditta**  
**JOHNSON & JONSON**  
**MEDICAL S.P.A.**  
**Via del Mare n° 56**  
**00040 Pratica di Mare Pomezia**  
**(RM)**  
**asantini@its.jnj.com**

FAX 06 91194270

**Oggetto:** Acquisizione diretta per fornitura in urgenza di Suture per le UU.OO.CC. di Chirurgia Generale d'Urgenza e dei Trapianti d'Organo e di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo.

E' intenzione di questa Amministrazione procedere, mediante affidamento diretto, ai sensi dell'art. 36 comma 2. lett. a) del D.lgs.50/2016, all'acquisizione di suture per le UU.OO.CC. di Chirurgia Generale d'Urgenza e dei Trapianti d'Organo e di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico come di seguito specificato:

DESCRIZIONE PRODOTTI	CODICE	PEZZI PER CONFEZIONE	FANBISOGNO UNITARIO (NR)	N. CONFEZIONI	PREZZO UNITARIO ESCLUSO IVA	PREZZO FORNITURA ESCLUSO IVA
Suturatrice curva intraluminale circolare da 25mm	CDH25A	3	3	1	385,00	1.155,00
Suturatrice curva intraluminale circolare da 29mm	CDH29A	3	18	6	385,00	6.930,00
Suturatrice Proximate PLC Linear Cutter 2+2 file di punti ricaricabile Suturatrice taglia e cuci per tessuti standard linea di sutura mm77 linea taglio mm73 alt. Punto chiuso 1,5mm dim. Punto 3,0x3,85mm diam. 0,20mm n. punti 76 punti in titanio	TLC75	3	12	4	215,00	2.580,00
Ricarica per suturatrice Proximate PLC Ricarica per suturatrice linear cutter da 75 mm per tessuti standard comp. Con strumenti TLC75 - TCT75	TCR75	12	36	3	105,00	3.780,00
Suturatrice taglia e cuci curva verde	CS40G	3	6	2	371,00	2.226,00



Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826  
Area Provveditorato  
Via Enrico Toti n°76  
telefono 0916555566 – fax 0916555502

DESCRIZIONE PRODOTTI	CODICE	PEZZI PER CONFEZIONE	FANBISOGNO UNITARIO (NR)	N. CONFEZIONI	PREZZO UNITARIO ESCLUSO IVA	PREZZO FORNITURA ESCLUSO IVA
Echelon45 Flex	EC45A	3	6	2	258,00	1.548,00
Ricarica bianca per Echelon 45	ECR45W	12	24	2	147,00	3.528,00
Ricarica blu per Echelon 45	ECR45B	12	36	3	147,00	5.292,00
Echelon 60 Flex Long	LONG60A	3	6	2	258,00	1.548,00
Ricarica bianca per Suturatrice Echelon 60	ECR60W	12	24	2	147,00	3.528,00
ricarica blue SUTURATRICE Echelon 60mm	ECR60B	12	36	3	147,00	5.292,00
ricarica oro SUTURATRICE Echelon 60mm	ECR60D	12	12	1	147,00	1.764,00

Importo netto € 39.171,00 oltre IVA

CIG: ZAE1EC503B

**Unità di Misura : numero**

La presente procedura è regolata dalla normativa vigente e nonché da quanto stabilito dalla presente lettera d'invito.

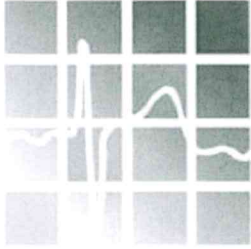
Dovendo procedere **con urgenza** all'approvvigionamento del prodotto sopra indicato, si invita Codesta Spett.le Ditta a produrre:

- a) **cauzione di € 3.917,10** nella misura del 10 per cento dell'importo della fornitura aggiudicata pari ad **€ 39.171,00**, a favore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone con sede a Palermo Viale del Vespro n°129 – Partita I.V.A. e Codice Fiscale 05841790826;

L'importo del deposito cauzionale definitivo è ridotto al 50 per cento qualora codesta Ditta fosse in possesso della certificazione di qualità conforme alle norme europee della serie UNI EN ISO 9000, rilasciata da organismi accreditati ai sensi delle norme europee della serie UNI CEI EN 45000. **In tal caso, per fruire di tale beneficio, codesta Ditta dovrà allegare la documentazione/certificazione in originale o copia conforme dell'originale, attestante il possesso della certificazione di cui sopra.**

Si rammenta che il deposito cauzionale dovrà avere una scadenza posteriore di almeno 6 (sei) mesi rispetto a quella fissata per la scadenza contrattuale.

Nell'ipotesi in cui il deposito cauzionale definitivo fosse costituito mediante fideiussione



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826

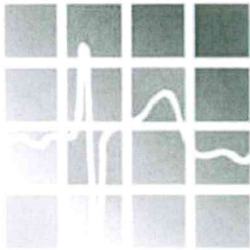
Area Provveditorato

Via Enrico Toti n°76

telefono 0916555566 – fax 0916555502

bancaria o mediante polizza assicurativa, per la validità di tali forme di deposito, l'Istituto garante dovrà espressamente dichiarare:

- di rinunciare al termine semestrale previsto dall'art. 1957 del codice civile;
  - di obbligarsi a versare all'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “ Paolo Giaccone “ , su semplice domanda scritta, senza eccezioni ed entro 30 giorni dalla richiesta di incameramento, senza il consenso o anche in caso di opposizione dell'Impresa aggiudicataria e con l'esclusione del beneficio della preventiva escussione dei suoi beni, l'ammontare della somma richiesta dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “ Paolo Giaccone “;
  - di ritenere valida la fideiussione fino al completo esaurimento del rapporto contrattuale e di prendere atto che lo svincolo della cauzione verrà disposto dall'Azienda Ospedaliera “Universitaria Policlinico “ Paolo Giaccone “ dopo la completa estinzione di tutti i rapporti contrattuali, secondo le disposizioni di legge regolanti la materia, e, comunque, finché non sia stata eliminata ogni eventuale eccezione e definita ogni controversia.
- b) **scheda informazioni** dell'Impresa aggiudicataria, secondo il modello allegato alla presente, debitamente compilato
- c) **dichiarazione sostitutiva**, ai sensi D.P.R. 445/2000 e della legge 136 del 13 agosto 2010 “tracciabilità dei flussi finanziari”, compilata secondo il modello allegato alla presente , debitamente compilato ;
- d) **dichiarazione sostitutiva**, la dichiarazione sostitutiva, resa dal rappresentante legale della ditta, ai sensi del DPR 28/12/2000, n°445, di cui si allega fac-simile;
- e) l'indicazione dei sistemi di gestione e di tracciabilità della catena di approvvigionamento che verrà applicata durante l'esecuzione del contratto;
- f) la dichiarazione che il prezzo offerto corrisponda a quello di mercato e non sia superiore a quello praticato nei confronti di altre Pubbliche amministrazioni a parità di condizioni e quantità;
- g) le schede tecniche o altra documentazione descrittiva delle caratteristiche tecniche del prodotto fornito, preferibilmente rilasciata dal produttore o dall'importatore/distributore nazionale, accompagnata da traduzione in lingua italiana, se redatto in altra lingua, dai cui si evincano oltre tutte le caratteristiche tecniche, anche:
- Nome commerciale del prodotto;
  - Ragione sociale del produttore;
  - Tipo di confezionamento;
  - Condizioni per l'uso e lo stoccaggio e conservazione del prodotto;



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826

Area Provveditorato

Via Enrico Toti n°76

telefono 0916555566 – fax 0916555502

- h) Documentazione attestante il possesso della marcatura CE e classe di appartenenza del dispositivo secondo il Decreto Legislativo n.46 del 24 Febbraio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni in attuazione Direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici (Dichiarazioni del fabbricante o certificazioni di conformità rilasciate dal laboratorio ed ente indipendente). Nel caso che la casa produttrice sia una ditta straniera la documentazione di cui al punto precedente dovrà prevedere la traduzione in lingua italiana del testo, e dovrà essere corredata da una dichiarazione di conformità all'originale. Tale dichiarazione dovrà essere autenticata ai sensi dell'art 38 del DPR 445 del 28/12/2000;

Alla ditta verranno corrisposti i prezzi unitari indicati in sede di gara per ogni singolo prodotto della fornitura aggiudicata.

Il pagamento delle fatture avrà luogo con le modalità e procedura di cui alla normativa vigente in tema di fatturazione elettronica alla P.A.

Il Codice Univoco dell'Area Provveditorato, ai fini della fatturazione attiva è: **8H8J6Z**

Il pagamento sarà effettuato con pagamento a mezzo bonifico bancario.

Si dà atto che il corrispettivo della prestazione non ricomprende oneri per la sicurezza, trattandosi di attività che, per le sue caratteristiche, non prevede rischi per l'attività dei lavoratori.

Si dà ulteriore atto che, ai sensi dell'articolo 26, comma 5, del d.lgs 81/2008, dato il basso tenore di rischio non sono stati previsti e computati costi per misure volte a eliminare o ridurre al minimo i rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro derivanti dalle interferenze delle lavorazioni.

L'offerta non è vincolante per l'Amministrazione richiedente, ma impegna esclusivamente la Ditta. Ne consegue, pertanto, che l'offerta proposta impegnerà immediatamente la ditta mentre l'eventuale affidamento sarà operativo solo dopo l'adozione del provvedimento autorizzativo da parte dell'A.O.U.P..

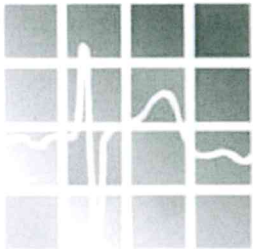
I beni in questione devono essere consegnati presso le UU.OO. utilizzatrici - entro 15 giorni dal ricevimento dell'ordine per corrispondenza o per fax, salvo concordato diversamente.

All'atto della consegna, il bene sarà sottoposto a controllo qualitativo dall'incaricato dell'Azienda.

Il controllo e l'accettazione dei beni da parte dell'incaricato non solleva il fornitore dalle responsabilità per le proprie obbligazioni in ordine ai vizi apparenti ed occulti del bene stesso.

Il bene consegnato se non risulta in possesso dei requisiti richiesti potrà essere rifiutato da questa Azienda non solo alla consegna, ma anche successivamente, e ciò nei casi in cui il bene dovesse palesare qualche difetto non rilevato e non immediatamente rilevabile.

Il fornitore sarà tenuto a ritirare il bene contestato, a sue spese, con l'obbligo di restituire nel tempo indicato dall'Azienda il bene corrispondente nella qualità.



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826  
Area Provveditorato  
Via Enrico Toti n°76  
telefono 0916555566 – fax 0916555502

I prodotti aggiudicati dovranno essere forniti in confezioni che ne garantiscono la buona conservazione durante il trasporto, il facile immagazzinamento per sovrapposizione e riportare ben leggibili, in lingua italiana, la descrizione tecnico-quantitativa del contenuto, il nome e la ragione sociale del produttore ed ogni altra informazione utile al loro riconoscimento.

Tutti i prodotti forniti dovranno corrispondere, per caratteristiche e confezioni, alle norme di legge e di regolamento che ne disciplinano la produzione, la vendita ed il trasporto.

La consegna dovrà essere effettuata secondo le modalità che saranno impartite e secondo i seguenti orari:

dal lunedì al venerdì (escluso i festivi) dalle ore 08.30 alle ore 13.00.

I beni in questione devono essere consegnati presso il Magazzino Centralizzato di Dispositivi Medici di questa A.O.U.P., sito in via del Vespro 141-142 - Dott.ssa Paola Sanfilippo (tel 091-6554099).

I beni dovranno essere consegnati esclusivamente nei quantitativi richiesti dall'Azienda Ospedaliera.

I prodotti dovranno essere forniti in confezione originale e sigillata e recare, tassativamente, stampigliato la denominazione dell'Impresa, le caratteristiche del prodotto e comunque tutte le indicazioni stabilite dalle norme di legge ed in particolare la data di scadenza.

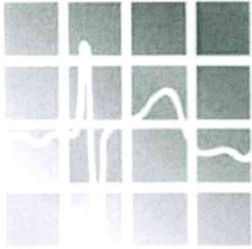
Dette diciture devono figurare sia sul confezionamento primario e sia sull'imballaggio esterno come previsto dal D.lgs 540/92. Il codice a barra dovrà essere leggibile con la penna ottica.

Dovranno inoltre essere confezionati ed imballati con materiali atti a garantirne i requisiti igienici e la corretta conservazione, consegnati con mezzi di trasporto idonei a garantire che i prodotti siano conservati a temperatura ambiente o congelata e nel rispetto delle norme vigenti, direttamente presso l'Azienda Ospedaliera, franco trasporto ed ogni altro onere accessorio.

Ogni confezione dovrà contenere le istruzioni, redatte in lingua italiana, per l'utilizzo del prodotto, le modalità di conservazione, le indicazioni circa la stabilità del materiale e le indicazioni per il controllo di qualità.

All'atto della consegna il fornitore deve presentare ad un incaricato dell'Azienda Ospedaliera l'apposito documento di trasporto in duplice esemplare od altro documento idoneo, nel quale siano indicate specie e quantità dei singoli beni forniti, numero di riferimento e data dell'ordine e numero del lotto e la data di scadenza degli stessi.

Il fornitore che consegni la fornitura in ritardo, rispetto ai tempi massimi previsti nella presente lettera di invito o, che consegnandola di qualità non conforme a quella stabilita e invitato a



# Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826

Area Provveditorato

Via Enrico Toti n°76

telefono 0916555566 – fax 0916555502

sostituirla, vi provveda in ritardo, contravviene ai patti stabiliti. L'Azienda si riserva, nella forma che riterrà più opportuna, di intervenire in merito alla verifica della gestione della fornitura.

I dispositivi forniti, a prescindere che siano prodotti dall'Impresa aggiudicataria e da Imprese terze, dovranno essere garantiti dall'Impresa aggiudicataria per tutti i vizi costruttivi ed i difetti di malfunzionamento.

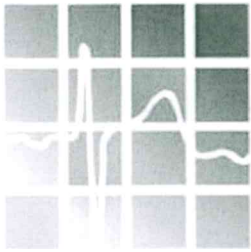
In caso di inadempimento relativamente allo svolgimento della fornitura, l'Azienda si riserva di applicare, in contraddittorio con l'Impresa aggiudicataria, le penali di seguito indicate, previa contestazione scritta mediante raccomandata con avviso di ricevimento in riferimento alla riscontrata inadempienza, assegnando un termine, non inferiore a 10 giorni, per la presentazione delle controdeduzioni.

In caso di silenzio o qualora le controdeduzioni non siano ritenute valide od accoglibili, saranno applicate le seguenti penalità con motivato provvedimento dell'Azienda:

- In caso di ritardo nella fornitura per cui si sia verificato il ritardo: penale pari a 100,00 € per ogni giorno lavorativo di ritardo oltre il 5° giorno previsto per la consegna, indipendentemente dal valore dell'ordine.
- In caso di ritardo nel completamento della fornitura per cui si sia verificato il ritardo: penale pari a 50,00 € per ogni giorno lavorativo di ritardo oltre il 3° giorno previsto per il completamento della fornitura, indipendentemente dal suo valore.
- In caso di fornitura di articoli non aggiudicati o difformi per qualità e marchio dall'offerta, oltre alla richiesta di sostituzione: penale pari al 20% del valore della merce non rispondente.
- In caso di ritardo nella sostituzione della merce difforme per cui si sia verificato il ritardo: penale pari a 50,00 € per ogni giorno lavorativo di ritardo oltre il 5° giorno previsto per il ritiro, indipendentemente dal suo valore.
- In caso di mancato rispetto delle condizioni di cui alla presente lettera di invito: penale da 50,00 € a 150,00 €, commisurata alla gravità dell'inadempimento contestato soprattutto in relazione ai disagi provocati ai servizi.

L'Azienda, oltre all'applicazione delle penali, dispone che il termine massimo di ritardo della consegna non possa eccedere comunque i giorni 20 (venti); trascorso detto termine l'Amministrazione potrà avvalersi della facoltà di aggiudicare la fornitura ad altra impresa, fatti salvi i propri diritti di risarcimento danni.

Il corrispettivo per i prodotti in questione o l'importo delle penali applicate potrà essere recuperato dalla stessa Amministrazione mediante escussione della cauzione o corrispondente riduzione sulla



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826  
Area Provveditorato  
Via Enrico Toti n°76  
telefono 0916555566 – fax 0916555502

liquidazione delle fatture in pagamento emesse dalla ditta inadempiente, e ne sarà data comunicazione al fornitore tramite PEC.

Si intende fatto salvo il diritto dell'Azienda al risarcimento di eventuali ulteriori danni subiti o delle maggiore spese sostenute a causa dell'inadempimento contrattuale.

L'offerta è vincolante per 180 giorni successivi alla data di scadenza del termine per la presentazione ed avrà valore di proposta contrattuale irrevocabile ai sensi dell'art. 1329 C.C., tuttavia, la stazione appaltante può chiedere a codesto operatore economico il differimento di detto termine.

L'offerta Vs. prot. n. 1702637 del 28/06/2017 è vincolante per codesta Ditta, l'accettazione della fornitura oggetto della presente, diventa definitiva ed efficace per l'Azienda Ospedaliera dopo l'avvenuta approvazione da parte dell'organo deliberante e la verifica dei prescritti requisiti; trattandosi di procedura di affidamento ai sensi dell'articolo 36, comma 2, lettere a) del d.lgs 50/2016, questa stazione appaltante verifica esclusivamente i requisiti di carattere generale.

Il contratto sarà redatto in forma di scrittura privata e sarà perfezionato con la sottoscrizione della lettera contratto inviata all'uopo debitamente sottoscritta per accettazione dal Legale Rappresentante.

Il presente invito non costituisce impegno per questa Azienda, la quale potrà in qualsiasi momento esercitare in autotutela il potere di annullamento o revoca della procedura de qua a nulla pretendere dalla ditta partecipante a qualsiasi titolo.

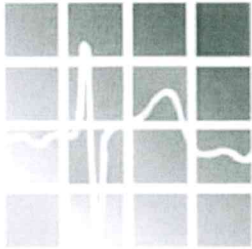
Le carenze di qualsiasi elemento formale della domanda possono essere sanate attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all'articolo 83, comma 9, del d.lgs 50/2016, che qui intende integralmente richiamato.

Si precisa che in caso di controversie, che non potessero essere definite a livello di accordo bonario e non attribuite alla Giurisdizione Amministrativa, il Foro esclusivo competente è quello di Palermo.

Per eventuali chiarimenti codesta spettabile ditta potrà rivolgersi all'Area Provveditorato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone, nella persona della Dr. Stefania Bongiovanni 091-6555566 mail [area.provveditorato@policlinico.pa.it](mailto:area.provveditorato@policlinico.pa.it)

La presente è pubblicata sul sito internet Aziendale ([www.policlinico.pa.it](http://www.policlinico.pa.it)).

Il Responsabile dell'Area  
Ing. Antonino D'Amico



**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 – 90128 Palermo. Tel 0916551111 - P.I. 05841790826  
Area Provveditorato  
Via Enrico Toti n°76  
telefono 0916555566 – fax 0916555502

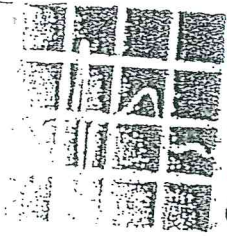
**Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs.30 giugno 2003, n. 196**

La presente comunicazione è volta a rendere noto che i trattamenti di dati effettuati dalla scrivente si svolgono in conformità al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, denominato “Codice in materia di protezione dei dati personali”, il quale prevede la tutela delle persone fisiche e giuridiche e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, comunica quanto segue:

1. Il trattamento cui saranno sottoposti i Suoi dati personali comuni – dati da Lei resi in occasione della stipula del contratto o in fase precontrattuale, in occasione dell'ordine o della fatturazione del prodotto/servizio da Lei fornitoci ha la finalità di provvedere alla corresponsione dell'importo dovutoLe, alla stesura delle scritture contabili ed ai connessi adempimenti di legge e di contratto.
2. Il trattamento sarà effettuato con e senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprenderà, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3 della presente informativa e comunque con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
3. I dati personali relativi al trattamento in questione verranno comunicati:
  - a) A soggetti cui la facoltà di accedere ai Suoi dati sia riconosciuta da disposizioni di legge, di regolamento, da norme comunitarie, da procedure e istruzioni operative interne.
  - b) A professionisti incaricati dell'elaborazione dei dati ai fini della corresponsione del compenso dovutoLe e delle registrazioni contabili;
  - c) Agli Istituti di Credito, al fine di effettuare l'accreditamento del compenso dovutoLe.
4. Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria. L'eventuale parziale o totale rifiuto del consenso comporterà, pertanto, l'impossibilità di perseguire la sopra richiamata finalità.
5. Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al sotto citato Responsabile del trattamento.
6. Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Provveditorato – tel. n. 091 655.5500 - fax n. 091 655.5502, e-mail [area.provveditorato@policlinico.pa.it](mailto:area.provveditorato@policlinico.pa.it).





**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 - 90127 Palermo, Tel 0916551111 - P.I. 05841780827  
Area Provveditorato  
Via Enrico Toti n°76  
telefono 0916555500 - fax 0916555502

**SCHEDA FORNITORE**

**GENERALITA' DELL'IMPRESA**

Denominazione e ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

Cod. Attività \_\_\_\_\_

Sede legale: \_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Sito internet \_\_\_\_\_

Sede amministrativa/commerciale: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_

Sede magazzino prodotti: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_

Sede magazzino automezzi : \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
N. telefono \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_

Nominativo del Direttore della Divisione Scientifica: ( Cognome e Nome ) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Nominativo del rappresentante di zona: ( Cognome e Nome ) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Luogo di trasmissione ordini: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI NECESSARIE PER FORMULARE RICHIESTA DI RILASCIO DURC

C.C.N.L. Applicato: \_\_\_\_\_

Dimensione Aziendale (numero totale dipendenti): \_\_\_\_\_

N° Operatori impegnati nella gestione dell'appalto/contratto \_\_\_\_\_ di cui dipendenti \_\_\_\_\_

Incidenza manodopera \_\_\_\_\_ %

Posiz. I.N.P.S.: \_\_\_\_\_ N° Iscr. \_\_\_\_\_ Sede Inps \_\_\_\_\_

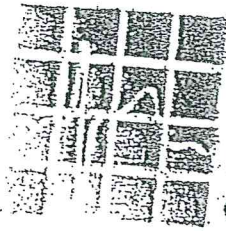
Posiz. I.N.A.I.L.: N° Iscr. \_\_\_\_\_ Sede Inail \_\_\_\_\_  
Posiz. Cassa Edile: N° Iscr. \_\_\_\_\_ Cassa Ed. \_\_\_\_\_

Si richiede che le comunicazioni inerenti il presente appalto vengano trasmesse al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
N. telefono \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
DATA .....

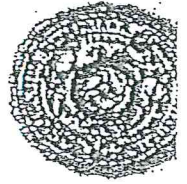
**MEDIANTE APPOSIZIONE DI TIMBRO E FIRMA  
SI AUTORIZZA ANCHE IL TRATTAMENTO E L'UTILIZZO DEI DATI  
AI SENSI DEL D.LGS 196/2003  
(allegare copia del documento di identità del dichiarante)**

.....





**Azienda Ospedaliera Universitaria  
Policlinico Paolo Giaccone  
di Palermo**



Sede Legale Via del Vespro n°129 - 90127 Palermo.  
Tel 0916551111 - P.I. 05841780827

Area Provveditorato  
Via Enrico Toti n°76  
telefono 0916555500 - fax 0916555502

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI D.P.R. 445/2000 E DELLA LEGGE 136 DEL  
13 AGOSTO 2010 "TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI".

OGGETTO GARA: \_\_\_\_\_

CIG: \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
(eventualmente) procura generale/speciale n. rep. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
quale legale rappresentante dell'impresa:

REGIONE SOCIALE	
CODICE FISCALE	
PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO	

Con la presente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei momenti finanziari previsti dall'articolo 3 della legge 136/2010, relativi ai pagamenti di forniture e servizi effettuati a favore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"

**DICHIARA:**

1. che gli estremi identificativi dei conti correnti "dedicati" ai pagamenti dei contratti stipulati con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo sono:

1.1 Istituto Bancario d'appoggio: \_\_\_\_\_

- Agenzia \_\_\_\_\_

- Estremi identificativi C/C IBAN \_\_\_\_\_

- Generalità persone delegate ad operare:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

1.2 (nel caso di indicazione di C/C ulteriori dovranno comunque essere specificate le stesse informazioni minime distinguendo i conti per contratto)

- Istituto Bancario d'appoggio: \_\_\_\_\_

- Estremi identificativi C/C IBAN \_\_\_\_\_

- Generalità persone delegate ad operare:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

2. che si impegna ad utilizzare per tutte le transazioni relative alla presente fornitura/servizio il/i conti corrente/i dedicato/i sopra indicato/i comprese le transazioni verso i propri subcontraenti;

3. di essere a conoscenza degli obblighi a proprio carico disposti dalla legge 136/2010 e di prendere atto che il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, oltre alle sanzioni specifiche, comporta la nullità assoluta dei contratti stipulati con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo nonché l'esercizio da parte degli stessi della facoltà risolutiva espressa da attivarsi in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.A. ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;

4. che in relazione agli affidamenti in corso con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo relativi ai lavori, servizi e alle forniture di cui al comma 1 art. 3 legge 136/2010 provvederà ad assolvere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari prescritti verificando che nei contratti sottoscritti con i subappalti e i subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate ai lavori e alle forniture suddetti sia inserita, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge sopra richiamata;

5. che procederà all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone contestualmente la stazione appaltante e la prefettura-ufficio territoriale del Governo territorialmente competente, qualora venisse a conoscenza dell'inadempimento della propria controparte rispetto agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 delle 136/2010;

6. che qualora nel prosieguo della gara e/o nel corso del rapporto contrattuale si dovessero registrare modifiche rispetto ai dati di cui sopra, la ditta si impegna a darne comunicazione all'Azienda Ospedaliera entro 7 giorni;
7. che si impegna a riportare il codice CIG della presente fornitura/servizio in tutte le comunicazioni ed operazioni relative alla gestione contrattuale ed in particolare nel testo dei documenti di trasporto e della fatture che verranno emesse.

TIMBRO E FIRMA  
SI AUTORIZZA ANCHE IL TRATTAMENTO E L'UTILIZZO DEI DATI  
AI SENSI DEL D.LGS 196/2003  
(allegare copia del documento di identità del dichiarante)

.....

**Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs.30 giugno 2003, n. 196**

La presente comunicazione è volta a rendere noto che i trattamenti di dati effettuati dalla scrivente si svolgono in conformità al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, denominato "Codice in materia di protezione dei dati personali", il quale prevede la tutela delle persone fisiche e giuridiche e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, comunica quanto segue:

1. Il trattamento cui saranno sottoposti i Suoi dati personali comuni - dati da Lei resi in occasione della stipula del contratto o in fase precontrattuale, in occasione dell'ordine o della fatturazione del prodotto/servizio da Lei fornitoci ha la finalità di provvedere alla corresponsione dell'importo dovutoLe, alla stesura delle scritture contabili ed ai connessi adempimenti di legge e di contratto.
2. Il trattamento sarà effettuato con e senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprenderà, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3 della presente informativa e comunque con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
3. I dati personali relativi al trattamento in questione verranno comunicati:
  - a) A soggetti cui la facoltà di accedere ai Suoi dati sia riconosciuta da disposizioni di legge, di regolamento, da norme comunitarie, da procedure e istruzioni operative interne.
  - b) A professionisti incaricati dell'elaborazione dei dati ai fini della corresponsione del compenso dovutoLe e delle registrazioni contabili;
  - c) Agli Istituti di Credito, al fine di effettuare l'accreditamento del compenso dovutoLe.
4. Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria. L'eventuale parziale o totale rifiuto del consenso comporterà, pertanto, l'impossibilità di perseguire la sopra richiamata finalità.
5. Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al sotto citato Responsabile del trattamento.
6. Responsabile del trattamento è il Dott. Aldo ALBANO - Area Provveditorato - tel. n. 091 655.5500 - fax n. 091 655.5502, e-mail [aldo.albano@policlinico.pa.it](mailto:aldo.albano@policlinico.pa.it) - [provveditorato.aoup@pec.policlinicogiaccone.it](mailto:provveditorato.aoup@pec.policlinicogiaccone.it).

SI PREGA RESTITUIRE LA PRESENTE DICHIARAZIONE, DEBITAMENTE  
TIMBRATA E FIRMATA





**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI  
COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA**

(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000).

Compilare tutte le sezioni in stampatello

Il/La sottoscritt

nat\_ a

il

residente a

Via

codice fiscale

nella sua qualità di

dell'Impresa

**DICHIARA**

che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Sedi secondarie e  
Unità Locali

Codice Fiscale:

Data di costituzione



PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI (OVE PREVISTI)\*

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	CODICE FIS
------	---------	-------------------------	-----------	------------

COLLEGIO SINDACALE  
(sindaci effettivi e supplenti)

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	CODICE FISCALI
------	---------	-------------------------	-----------	----------------

COMPONENTI ORGANISMO DI VIGILANZA (OVE PREVISTO) \*\*

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	CODICE FISCALE
------	---------	-------------------------	-----------	----------------

**SOCIO DI MAGGIORANZA O SOCIO UNICO (NELLE SOLE SOCIETA' DI CAPITALI E COOPERATIVE DI NUMERO PARI O INFERIORI A 4 O NELLE SOCIETA' CON SOCIO UNICO)\*\*\***

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	CODICE FISCALE

**DIRETTORE TECNICO (OVE PREVISTI)**

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA	CODICE FISCALE

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

LUOGO

DATA

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

---

\* I procuratori o i procuratori speciali: sono sottoposti ai controlli antimafia in quanto, ai sensi dell'art. 91, comma 5 del D.Lgs 159/2011, "Il prefetto estende gli accertamenti pure ai soggetti che risultano poter determinare in qualsiasi modo le scelte o gli indirizzi dell'impresa".

\*\* Organismo di vigilanza: l' art. 85, comma 2 bis del D.Lgs 159/2011 prevede che i controlli antimafia siano effettuati, nei casi contemplati dall' art. 2477 del c.c., al sindaco, nonché ai soggetti che svolgono i compiti di vigilanza cui all'art. 6, comma 1 , lett. b) del D.Lgs 8 giugno 2011, n. 231.

\*\*\* Socio di maggioranza: si intende "la persona fisica o giuridica che detiene la maggioranza relativa delle quote azionarie della società interessata".

N.B. Nel caso di più soci (es. 3 o 4) con la medesima percentuale di quote o azioni del capitale sociale della società interessata, non è richiesta alcuna documentazione relativa al socio di maggioranza.

Variazioni degli organi societari - I legali rappresentanti degli organismi societari, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, hanno l'obbligo di trasmettere al prefetto che ha rilasciato l'informazione antimafia, copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione relativamente ai soggetti destinatari delle verifiche antimafia.

La violazione di tale obbligo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria (da 20.000 a 60.000 Euro) di cui all'art. 86, comma 4 del D. Lgs. 159/2011.

Nel caso di documentazione incompleta (es. dichiarazioni sostitutive prive di tutti i soggetti di cui all' art. 85 del D.Lgs. 159/2011) l'istruttoria non potrà considerarsi avviata e quindi non potranno decorrere i termini previsti dall' art. 91, commi 3 e 4 del D.Lgs 159/2011..

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Compilare in formato word o a stampatello

Il sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della società \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età \*\*:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Vertical line on the right margin.

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.:** La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato Word o a stampatello la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) La dichiarazione sostitutiva va redatta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011.

(\*\*) Per "familiari conviventi" si intendono "chiunque conviva" con i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011, purché maggiorenni.

Il presente fac-simile può essere utilizzato per la dichiarazione.  
Nel caso in cui non venga utilizzato, deve essere riprodotto fedelmente.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
AI SENSI DEL DPR 28.12.2000 N. 445**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a il ..... a .....

in qualità di:

- Legale rappresentante (allegare copia fotostatica del documento di identità);
- Procuratore legale del rappresentante (allegare, a pena di esclusione, copia conforme dell'originale della relativa procura e copia del documento<sup>1</sup>)

della impresa .....

con sede legale in ..... Via ..... n .....

CAP ..... codice località Istat: ..... Codice Catasto: .....

con sede operativa in (se diversa dalla sede legale) .....

Via ..... n. .... CAP .....

codice fiscale ..... con P.IVA .....

tel ..... fax..... Posta Elettronica .....

ai fini della partecipazione alla procedura avente ad oggetto:

.....

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

**REQUISITI DI ORDINE GENERALE  
(art. 80 D.Lgs. 50/2016)**

- 1) Che l'impresa non si trova nelle condizioni di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento degli appalti pubblici e di stipula dei relativi contratti previste dall'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e specificamente:

1.1) che nei confronti dei soggetti di seguito indicati:

Dati anagrafici, residenza, C.F., carica sociale dei seguenti soggetti **ATTUALMENTE IN CARICA:**  
titolare e direttore tecnico se si tratta di impresa individuale; soci e direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in

<sup>1</sup> La procura allegata ad una delle dichiarazioni sarà considerata valida anche ai fini delle altre dichiarazioni.

accomandita semplice; amministratori muniti di potere di rappresentanza (compresi i procuratori), direttore tecnico, socio unico, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio

Carica	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di Nascita	Indirizzo e luogo di residenza	Codice fiscale	Cancelleria Tribunale di competenza Ufficio/Sede

Dati anagrafici, residenza, C.F., carica sociale dei seguenti soggetti **CESSATI DALLA CARICA nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara**: titolare e direttore tecnico se si tratta di impresa individuale; soci e direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice; amministratori muniti di potere di rappresentanza, direttore tecnico, socio unico, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio (n.b. nel caso in cui la ditta non abbia soggetti cessati dalla carica non deve compilare la sottostante tabella)

Carica	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di Nascita	Indirizzo e luogo di residenza	Codice fiscale

- non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575;

**oppure**

- è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 come di seguito precisato:

Soggetto condannato ..... sentenza/decreto del .....

Soggetto condannato ..... sentenza/decreto del .....

1.2) che nei confronti dei soggetti elencati nelle precedenti due tabelle:



- non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18;

**oppure**

- è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/1 come di seguito precisato:

Soggetto condannato ..... sentenza/decreto del .....

Soggetto condannato ..... sentenza/decreto del .....

(n.b. per i soggetti con condanna dovranno essere indicate tutte le condanne penali riportate, ivi comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione e quelle per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, le condanne revocate e quelle per le quali e' intervenuta la riabilitazione).

- 1.3) che l'impresa non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'art. 17 della l. 19 marzo 1990, n. 55 e s.m.i. o, altrimenti, che è trascorso almeno un anno dall'ultima violazione accertata definitivamente e che questa è stata rimossa;
- 1.4) che l'impresa non ha commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dall'ANAC;
- 1.5) che l'impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione di prestazioni affidate da questa stazione appaltante e di non aver commesso errore grave nell'esercizio della sua attività professionale;
- 1.6) che l'impresa non ha commesso, ai sensi dell'art. 80, comma 4, del Codice, violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito;
- 1.7) che nel casellario informatico delle imprese, istituito presso l'ANAC, non risulta nessuna iscrizione per aver presentato falsa dichiarazione o falsa documentazione in merito a requisiti e condizioni rilevanti per la partecipazione a procedure di gara e per l'affidamento di subappalti;
- 1.8) che l'impresa non ha commesso, ai sensi dell'art. 80, comma 4, violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali ed assistenziali secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito;
- 1.9) che come richiesto all'art. 80 comma 5, lettera i) del D.Lgs. n. 50/2016 l'impresa:

- è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili in attuazione dell'art. 17 Legge 12/03/1999 n. 68 come può essere certificato dal competente ufficio della Provincia di ..... mail ..... PEC .....

**oppure**

- non rientra in alcuna delle fattispecie previste dall'art. 3 della Legge 12/03/1999 n. 68, non è soggetta alla normativa che regola il diritto al lavoro dei disabili;

1.10) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2, lett. c), del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, e non sussiste alcun divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 14 del d.gs. 9 aprile 2008, n. 81 e di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001, n. 165 (ovvero di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto);

### REQUISITI DI IDONEITA' PROFESSIONALE

- 2)  che l'Impresa risulta iscritta nel Registro delle imprese della Camera di Commercio (o altro Registro professionale o commerciale dello Stato di appartenenza)

di ..... al numero .....

dal ..... per l'attività oggetto della gara.

**oppure**

che l'Impresa non è iscritta nel registro delle imprese della camera di commercio in quanto non sussiste l'obbligo;

che l'Impresa risulta iscritta nel registro /Schedario generale della cooperazione (specificare) ..... di ..... per la seguente attività.....

che l'Impresa/Professionista risulta iscritta nel seguente albo professionale ..... num. .... per la fascia di classificazione .....

### EMERSIONE LAVORO NERO (art. 1 della L. 266/03)

- 3) (selezionare l'opzione d'interesse barrando la casella corrispondente e compilare le parti necessarie)

che l'Impresa non si è avvalsa di piani individuali di emersione di cui alla L. 383/01 e s.m.i.;

che l'Impresa si è avvalsa dei piani individuali di emersione di cui alla L. 383/01 e s.m.i. ma che il periodo di emersione si è concluso;

della competente Direzione Provinciale del lavoro – CLES (Comitati per il Lavoro e l'Emersione del Sommerso) di.....  
mail ..... PEC .....

## ANTICORRUZIONE E CODICE COMPORTAMENTO

- 4) di aver preso atto del Codice di Comportamento di cui al DPR 16 aprile 2013 n. 62;
- 5) di aver preso atto del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e del Codice Etico Comportamentale dell'Istituto approvati con determine n. 19/DGEN del 31.01.2014 e n. 30/DGEN del 29.01.2015, pubblicati sul sito internet dell'INRCA alla voce amministrazione trasparente;
- 6) di impegnarsi a garantire la diffusione ed il rispetto delle predette normative presso i propri dipendenti e collaboratori;
- 7) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- 8) di essere consapevole che il mancato rispetto delle predette normative comporterà l'esclusione dalla gara e la risoluzione del contratto;

## REQUISITI GENERALI DI GARA

- 9) remunerativa l'offerta economica presentata giacché per la sua formulazione ha preso atto e tenuto conto:
  - 9.a) delle condizioni contrattuali e degli oneri compresi quelli eventuali relativi in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere svolti i servizi;
  - 9.b) di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccezzuata, che possono avere influito o influire sia sulla prestazione dei servizi, sia sulla determinazione della propria offerta;
- 10) di accettare le condizioni contrattuali contenute nella documentazione di gara, pubblicata sul MEPA, compresi i chiarimenti, e di avere esatta cognizione del contenuto della stessa, fatta salva comunque la facoltà di apporre eventuali riserve in fase di esecuzione nei modi ed entro i limiti consentiti dalla normativa vigente;
- 11) di accettare le norme e le condizioni legittime contenute nel capitolato speciale, e negli eventuali chiarimenti e, comunque, di tutte le disposizioni che concernono la fase esecutiva del contratto;
- 12) di avere preso esatta cognizione della natura del contratto e delle condizioni contrattuali, nonché di ogni altra circostanza che possa aver influito o che possa influire sulla determinazione dei prezzi e sull'esecuzione del servizio/fornitura, anche a fronte di eventuali maggiorazioni di costi che dovessero intervenire per lievitazione dei prezzi durante l'esecuzione, e la rinuncia a qualsiasi azione o eccezione in merito, avendo tenuto conto di tutto ciò nella determinazione dei prezzi offerti – che si ritengono remunerativi – e dei modi e tempi di esecuzione del servizio/fornitura;
- 13) che l'Impresa non ha subito la risoluzione anticipata di contratti da parte di committenti pubblici negli ultimi tre anni per inadempimento contrattuale;
- 14) che l'Impresa si impegna ad osservare e a far osservare all'eventuale subappaltatore e ai soggetti titolari di subappalti e cottimi di cui all'art. 105, comma 9, ultimo periodo del codice, le norme e prescrizioni dei contratti collettivi nazionali e di zona stipulati tra le parti sociali firmatarie di contratti collettivi nazionali, comparativamente più rappresentative, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela, sicurezza, salute, assicurazione assistenza, contribuzione e retribuzione dei lavoratori;

**TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI (art. 3 Legge 136/2010)**

15) gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati ai movimenti finanziari relativi a forniture di beni e servizi pubblici sono i seguenti:

.....  
.....

16) le persone delegate ad operare sui predetti conti bancari o postali sono le seguenti:

.....(cod. fisc .....)  
.....  
.....(cod. fisc .....)

17) di impegnarsi a comunicare i nuovi estremi identificativi di conti correnti postali e bancari e le relative persone delegate ad operare entro sette giorni dalla loro accensione;

18) di avvalersi, nelle transazioni finanziarie eseguite a fronte di un contratto di fornitura di beni e servizi pubblici, di banche o della Società Poste Italiane SpA, indicando nel bonifico il codice CUP e il codice CIG assegnato alla procedure di gara;

19) di impegnarsi ad inserire nei contratti sottoscritti con subappaltatori e/o i subcontraenti un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari come previsto all'art. 3 della Legge 136/2010.

**COMUNICAZIONI**

20) di precisare che il domicilio eletto per le comunicazioni è il seguente:

Denominazione ....., P.IVA/CF .....  
Via ..... n. .... CAP ..... Comune ..... Prov. ....

21) di accettare che le comunicazioni dell'INRCA, relative alla gara, siano inviate ad uno dei seguenti recapiti:

numero di fax: ..... PEC .....

22) di precisare che i dati del Legale Rappresentante della ditta sono:

Sig./Sig.ra .....  
Nato/a a ..... il ..... C.F. ....

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma del Legale rappresentante)

<b>INFORMAZIONI UTILI AI FINI DEL CONTROLLO SUL POSSESSO REQUISITI</b>
--

**PREFETTURA**

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	Posta elettronica Certificata (PEC)	note

**CANCELLERIA FALLIMENTARE**

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	Posta elettronica Certificata (PEC)	note

**AGENZIA DELLE ENTRATE**

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	note

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**MODELLO 1**

**(Attenzione da compilare solo nel caso in cui il legale rappresentante della Ditta non presenti dichiarazione unica per tutti i soggetti di cui all'art. 80, comma 3).  
Se possibile si chiede la presentazione di una dichiarazione complessiva)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEI SOGGETTI DI CUI ALL'ART. 80 D.LGS. N. 50/2016**

Il sottoscritto .....  
nato il..... a .....  
in qualità di (indicare se direttore tecnico, socio, amministratore, etc.).....  
.....  
della impresa/società/consorzio.....  
con sede legale in.....via.....  
con sede operativa in.....via.....  
codice fiscale .....  
con partita IVA .....  
telefono n. ....  
ai fini della partecipazione alla procedura<sup>2</sup>

---

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci indicate.**

**DICHIARA:**

- che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione o di una delle cause ostative di cui rispettivamente all'art. 6 e all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre, n. 159 del 2011; che nei propri confronti non sussiste alcuna causa di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- che nei propri confronti **non** è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale;

***Oppure***<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> indicare l'oggetto della procedura cui si riferisce la dichiarazione

<sup>3</sup> ATTENZIONE: il dichiarante deve indicare tutti i provvedimenti penali irrevocabili emessi nei suoi confronti (anche se non compaiono nel certificato del casellario giudiziale rilasciato su richiesta dell'interessato) in quanto spetta esclusivamente alla stazione appaltante valutare i medesimi e la loro incidenza sulla moralità professionale. Più specificamente dovrà indicare i seguenti provvedimenti, anche nel caso in cui abbia ottenuto il beneficio della non menzione: le sentenze passate in giudicato; i decreti penali di condanna divenuti irrevocabili; le sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, o in relazione ai quali sia intervenuta l'estinzione della pena per effetto di condono conseguente ad indulto; dovranno essere dichiarate anche le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, le condanne revocate e quelle per le quali e' intervenuta la riabilitazione.

che nei propri confronti sono state pronunciate le seguenti sentenze passate in giudicato, e/o emessi i seguenti decreti penali di condanna divenuti irrevocabili, e/o pronunciate le seguenti sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che non si trova nelle condizioni di cui all'art. 80 del Codice
- di avere ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**N.B.**

*La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.*

<sup>4</sup> Per i soggetti cessati dalla carica che abbiano riportato condanne di cui all'art. 80 D.Lgs n. 50/2016 il concorrente dovrà dimostrare che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione della condotta penalmente sanzionata.

