

## **ALLEGATO 6**

*da compilare a cura di tutti gli operatori economici partecipanti*

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI POSSESSO REQUISITI DI ORDINE GENERALE E SPECIALE DI CUI AL D. LGS. 36/2023 (ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
legale rappresentante di \_\_\_\_\_

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

#### **Dichiara**

- di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione, di cui al D. Lgs. N. 36/2023;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- l'insussistenza di condanne penali, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A., riferite al legale rappresentante e agli associati con poteri decisionali;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- di essere in regola in materia assicurativa, infortunistica, e con le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
- di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

- di essere iscritto nel Registro cui è tenuto per legge;
- di essere accreditato secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per attività socio sanitarie per non autosufficienti;
- di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*N.B.: Documento da firmare digitalmente o allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*