ALLEGATO B

**DICHIARAZIONE SUL POSSESSO DEI PRE-REQUISITI DEL SOGGETTO INTERESSATO**

**ai sensi del D.P.R. 445/00**

Spett.le

Farmacie Comunali Riunite

Via Doberdò, 9

42122 Reggio Emilia

P.IVA 00761840354

tel. 0522/5431 - fax 0522/550146

Pec: fcr.servizisociali@pec.it

e-mail: servizi.sociali@fcr.re.it

**Oggetto:** **Avviso per la creazione di separate Liste relative a Strutture residenziali per il Comune di Reggio nell’Emilia.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come da allegata fotocopia del documento di identità dichiarato, conforme all’originale,

con scadenza in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nel caso di persona giuridica)in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in rappresentanza del soggetto interessato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con residenza/sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ C. Fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai fini delle comunicazioni autorizza all’utilizzo dell’indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conoscenze di cui all’art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

che il soggetto interessato:

1. è in possesso di tutti i requisiti previsti dall’art. 80 del d.lgs. 50/16 e ss.mm.ii.;
2. non incorre nella causa di esclusione di cui all’art. 53 comma 16 ter del D. Lgs. 165/2001 inerente al divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, per i tre anni successivi, per i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi di attività lavorativa o professionale di cui al citato comma 16 ter;
3. non incorre in nessuna altra causa di incapacità o divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, previste dalla normativa vigente;

ed inoltre, che il soggetto interessato

**SI IMPEGNA**

in applicazione dell’art. 25 *bis* del dPR n. 313 del 2002, così come integrato ad opera dall’art. 2 del d.lgs. 39/2014 “Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile”, per mezzo del datore di lavoro, a garantire in modo continuativo e costante il rispetto degli obblighi specifici ivi previsti.

Luogo, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

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