**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

**resa ai sensi dell’art. 52 D.lgs. n. 36/2023 e redatta ex art. 47 d.P.R. n. 445/2000**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_), codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella sua qualità di:

*(contrassegnare la casella di interesse)*

☐ Legale rappresentante

☐ Procuratore

Numero di procura: \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_: tipo (indicare se generale o speciale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzata/o a rappresentare legalmente l’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e P.I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. iscrizione rep. presso la Camera di commercio di \_\_\_\_

* Codice INAIL n. sede di

Matricola INPS (con dipendenti) n. sede di ;

* Matricola INPS (se senza dipendenti, posizione personale) n. presso
* CCNL applicato

In relazione alla procedura di affidamento del servizio di prelievo e analisi chimiche e microbiologiche per gli adempimenti previsti dal Piano di Autocontrollo HACCP per i nidi d’infanzia a gestione diretta del Comune di Firenze per l’anno 2024;

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 d.P.R. n. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di esclusione dalle gare di cui al D. Lgs. n. 36/2023 e alla normativa vigente in materia**

**DICHIARA**

*(contrassegnare le caselle di interesse)*

(*se l’impresa riveste la forma giuridica di S.P.A*.) che i seguenti soggetti rivestono la carica di amministratori di fatto:

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

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

che l’impresa da me rappresentata non si trova in alcuna delle cause esclusione automatica di cui all’art. 94 D.lgs. n. 36/2023 e non automatica di cui all’art. 95 D.lgs. n. 36/2023\*\*

oppure

che l’impresa si trova nella seguente causa di esclusione

¤ automatica di cui all’art. 94 D.lgs. n. 36/2023

¤ non automatica di cui all’art. 95 D.lgs. n. 36/2023

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

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

e che sono state adottate le seguenti misure di self-cleaning ai sensi dell’art. 96 D.lgs. n. 36/2023

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

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

- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui alla L. n. 68/1999 (art. 95, co. 5, lett. b) in quanto:

*(contrassegnare il caso che interessa)*

è tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ed è in regola con le norme stesse, nonché ha ottemperato agli obblighi prescritti dalle stesse norme;  
Indicare l'ufficio competente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

non è assoggettato alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15 o per i motivi sotto indicati:   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

non è tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili perché, pur avendo un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;

che l’operatore economico *(selezionare una delle seguenti opzioni):*

intende subappaltare la prestazione oggetto del presente appalto

oppure

NON intende subappaltare la prestazione oggetto del presente appalto   
  
*(in caso di subappalto indicare le parti della prestazione e la relativa quota percentuale che si intende subappaltare ai sensi dell’art. 119 D.lgs. n. 36/2023)*

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

non sussiste alcun divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione di cui all'art. 53, co. 16-ter D.lgs. n. 165/2001

*(facoltativo nel caso si rientri in una delle attività maggiormente esposte a rischio di infiltrazione mafiosa previste all’art 1, co. 53 L. n. 190/2012)* che l’operatore economico è iscritto nell’elenco dei fornitori, prestatori di servizi non soggetti a tentativo di infiltrazione mafiosa (c.d. white list) istituito presso la Prefettura della provincia di ………………..

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# (firma digitale del legale rappresentante)

*\* si precisa che le verifiche di cui all’art. 94 comma 1 verranno svolte sui soggetti indicati al comma 3 come risultanti dalla visura camerale dell’impresa*.