

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO PARTNER**

(resa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

OGGETTO: AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE “CATALOGO REGIONALE P.F.A. - Percorsi formativi accessibili” ASSE II - OBIETTIVO SPECIFICO 7 - AZIONE 9.2.1 (D.G.R. n. 830 del 04/12/2019) APPROVATO CON DD _____ DEL _____

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... il

CF..... residente in alla via

..... n in qualità di legale rappresentante di

..... CF/PIVA....., soggetto partner della costituenda/costituita ATS,

relativamente alla proposta progettuale di cui all'Avviso Pubblico “all'Avviso Manifestazione di Interesse “Catalogo Regionale P.F.A. - Percorsi Formativi Accessibili ” del/i seguente/i percorso/i formativo/i:

Ripetere per ogni percorso formativo)

SEP _____ QUALIFICA _____

- a) percorso formativo a titolarità regionale
- b) percorso formativo a titolarità del MLPS

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con la espressa consapevolezza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del medesimo DPR, rispettivamente sulle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e del Formulario e di accettarne il contenuto in ogni sua parte;
- che, nei propri confronti, non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.;

DICHIARA, altresì

che il soggetto di cui ha la rappresentanza:

(Barrare solo le caselle pertinenti)

- ha le seguenti finalità statutarie coerenti con gli obiettivi dell'Avviso in oggetto (come da Statuto):

| |
|--|
| |
|--|

- è essere iscritto al registro regionale _____ con il numero _____;
- è essere iscritto al registro nazionale _____ con il numero _____;
- ha sede operativa in Regione Campania;
- non si trova 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 non ha in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo triennio;
- è regolarmente iscritto, laddove previsto per legge, alla CCIAA;
- non è tenuto all'iscrizione alla CCIAA;
- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato;
- è esente dall'obbligo di iscrizione all'INPS/INAIL (indicare la motivazione _____);
- è in regola con gli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili;



ALLEGATO 3

- non ha messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna” così come integrato dal D.lgs 14 settembre, n. 151, ai sensi dell’articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246”, accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente;

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii..

Data,

Firma del legale rappresentante
