[CARTA INTESTATA SOGGETTO PROPONENTE]

**Spett.le**

**Direzione regionale Musei Puglia**

**Via Pier l’Eremita 25/B**

**70122 Bari**

**Avviso esplorativo finalizzato all’acquisizione, mediante indagine formale di mercato, di manifestazioni di interesse per l’individuazione di operatori economici ovvero enti operanti nel Terzo Settore a cui affidare il servizio di fruizione e gestione del Museo Archeologico Nazionale di Mattinata “Matteo Sansone”, con procedura comparativa non competitiva ad affidamento diretto.**

**Allegato 2\_DICHIARAZIONE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………nato/a a………………….…………………………………Provincia…………..Stato…………………………….…….Il …………….………… , in qualità di legale rappresentante di …………..……………………………………………………. (o, in caso di raggruppamento) in qualità di legale rappresentante di …………..……………………………..………………… capofila/ componente del costituendo/costituito raggruppamento nella forma di ATS con sede legale a …………………………………………………………….…..Provincia ………………. via/piazza …………………….……………………………………………..n. ……………………….., Codice Fiscale ……………………………………………….., P. Iva …………………………………………………, Tel. ………………………….., indirizzo email …………………………………………………………………………, pec……………………….………………………………………………….

**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)

1. che l’organo avente legale rappresentanza è costituito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Presidente o Consiglio/Comitato Direttivo) ed in particolare:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Carica sociale** | **Data di nomina e di scadenza** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

che il collegio dei revisori contabili/sindacale (*ove previsto*) è costituito da n. \_\_\_\_\_\_ componenti in carica ed in particolare:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Carica sociale** | **Data di nomina e di scadenza** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

che l’organo di vigilanza (ove previsto ai sensi dell’art.6 co. 1 lett. b del D.lgs.231/2001) è costituito da n. \_\_\_\_\_\_ componenti in carica ed in particolare:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Carica sociale** | **Data di nomina e di scadenza** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

• che i Procuratori Speciali sono:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Carica sociale** | **Data di nomina e di scadenza** | **Luogo e data di nascita** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. di aver preso visione dell’Avviso pubblico e degli allegati e di accettarne il contenuto in ogni sua parte;
2. di possedere i requisiti indicati dell’Avviso al paragrafo “SOGGETTI AMMESSI A PRESENTARE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE”;
3. - di non incorrere in nessuna causa di esclusione prevista dall’art. 94 del D.lgs. 36/2023;
4. -che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all’art 67 del D.lgs. n. 159/2011, delle condizioni di cui all’art. 53 comma 16-ter del D.lgs. 165/2001 e nessuna altra causa che determina l’incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
5. - di essere in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura in oggetto ed indicati al punto 6 dell’avviso di manifestazione d’interesse pubblicato da Codesta Amministrazione;
6. - di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018 che i dati personali raccolti nel presente modulo e nell’eventuale documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.~~;~~
7. di non trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. del 2001, n. 165 e di non incorrere in ulteriori divieti a contrattare con la pubblica amministrazione;
8. di avere una comprovata esperienza nello svolgimento di attività compatibili a quelle oggetto del presente avviso e precisamente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. di essere in regola con l’applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro in materia di prevenzione infortunistica e di igiene del lavoro;
10. l’insussistenza di condanne penali, anche pendenti, riferiti al legale rappresentante e associati con poteri decisionali;
11. di impegnarsi ad assicurare, entro la data fissata per la sottoscrizione del contratto, gli operatori contro infortuni e le malattie connessi allo svolgimento delle attività stesse, nonché per la responsabilità civile verso i terzi, esonerando la DRM Puglia da ogni responsabilità correlata a tali eventi.
12. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasialtra 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;
13. di essere regolarmente iscritto, laddove previsto per legge, alla CCIAA;
14. di non essere tenuto all’iscrizione alla CCIAA (indicare la motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
15. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere esente dall’obbligo di iscrizione all’INPS/INAIL (indicare la motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
2. di essere iscritto a registri/albi/elenchi/……………..……. di riferimento;
3. di essere iscritto al seguente Ufficio dell’Agenzia delle Entrate di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

L’Amministrazione, nella fase istruttoria, si riserva la facoltà di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese e chiedere integrazioni o chiarimenti.

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii. e nel rispetto della disciplina dettata dal Regolamento U.E. 2016/679 ed esclusivamente per le finalità di cui alla presente manifestazione d'interesse.

Data, timbro e firma del legale rappresentante

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