Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le disabilità"

BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DEDICATI ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ATTUAZIONE DELLA D.G.R.V. 778/2023 - CUP I71H23000090001

Allegato 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER LA AFFIDABILITÀ GIURIDICO - ECONOMICO - FINANZIARIA
ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt. 46 e 47

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ _____ Residente in _____ Via _____ in qualità di legale rappresentante di

_____

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità (barrare con una croce i punti che interessano e compilare i campi vuoti):

DICHIARA

di non aver riportato condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile per uno dei delitti di seguito indicati:

- di cui agli articoli 416, 416 bis del codice penale;
- di cui agli articoli 317, 318, 319, 319 bis, 319 ter, 319 quater, 320, 321, 322, 322 bis, 346 bis, 353, 353 bis, 354, 355 e 356 del codice penale nonché di cui all'articolo 2635 del codice civile;
- di cui agli articoli 648 bis, 648 ter e 648 ter.1 del codice penale o per false comunicazioni sociali, frode, per delitti commessi con finalità di terrorismo, per riciclaggio, per sfruttamento del lavoro minorile e per ogni altro delitto da cui derivi l'incapacità di contrattare con le PP.AA;
- di cui all'art. 67 del d.lgs 159/2011 "Codice leggi antimafia";
- per gravi infrazioni alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, nonché agli obblighi in materia ambientale, come indicati dalla direttiva 2014/24/UE;
- di cui all'art. 98 del D.Lgs. 36/2023 "Codice dei contratti pubblici", per gli illeciti professionali gravi ivi previsti;
- per gravi violazioni relative al pagamento di imposte, tasse o contributi previdenziali.

L'elenco, valido a titolo esemplificativo e non esaustivo, risponde alla normativa di settore a cui si rinvia integralmente.

Comunica i seguenti dati per la posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ _____ sede di _____ _____

INAIL_____ matricola __ _____ sede di _____

(*Per le cooperative e imprese sociali*)

Dichiara:

- di applicare il contratto collettivo di lavoro _____ anche per i soci della cooperativa _____.

Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:

- avere sede legale e/o amministrativa e/o operativa nel territorio della Regione del Veneto **(indicare l'indirizzo)**;
- di avere nel proprio statuto/atto costitutivo finalità coerenti con le attività ricomprese nelle linee di intervento del presente avviso **(allegare copia dello Statuto o Atto costitutivo);**
- essere in possesso dei requisiti di moralità, integrità e affidabilità professionale per contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale per svolgere le attività di cui al presente Avviso;
- essere in grado di mettere a disposizione operatori formati o in corso di formazione durante lo svolgimento delle progettualità sulle tematiche inerenti il disturbo dello spettro autistico, mezzi e attrezzature idonee allo svolgimento delle attività di cui al presente Avviso;
- possedere esperienza maturata in attività ricomprese nelle linee di intervento oggetto del presente Avviso;
- avere capacità organizzativa e finanziaria per realizzare le attività di cui al presente Avviso;
- garantire il rispetto degli adempimenti obbligatori imposti dal Codice per la protezione dei dati personali di cui al Regolamento UE n. 679/2016;
- non rendere false informazioni né omettere dati rilevanti per lo svolgimento della selezione, ispirata al canone di trasparenza.

In tema di formazione, i soggetti partecipanti come sopra elencati, in forma singola o associata dovranno impegnarsi ad organizzare annualmente almeno un evento formativo interno, sugli argomenti oggetto del bando.

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

_____

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità