



Città di Medicina

Al Comune di Medicina

DICHIARAZIONE DEL COMMITTENTE O DEL RESPONSABILE DEI LAVORI SU IMPORTO DEI LAVORI

Art. 32 L.R. n. 18 del 28/10/2016

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a	il	
residente a	Prov.	CAP
in Via	n.	Tel.
e-mail/PEC			

<input type="checkbox"/> In qualità di Responsabile dei lavori			
Ordine/Collegio professionale	Prov.	n.
<input type="checkbox"/> In qualità di committente intestatario	del titolo abilitativo:		
PDC n. del	SCIA prot.	del

Riferito all'intervento di :			
in Via n. /			

DICHIARA:

avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U., in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità,

<input type="checkbox"/> che l'importo dei lavori è inferiore a € 150.000,00
<input type="checkbox"/> che l'importo dei lavori è superiore a € 150.000,00, pertanto chiede all'Amministrazione Comunale l'acquisizione d'ufficio della certificazione antimafia. A tal fine allega dichiarazione sostitutiva del Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura.

data

(Il dichiarante)

L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che:

il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni / richieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;

il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;

il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione / l'annullamento dei procedimenti amministrativi;

in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni / richieste ad altri Enti competenti;

il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati;

titolare della banca dati è il Comune di Medicina; responsabili del trattamento dei dati sono i Dirigenti dei Settori interessati.



Città di Medicina

Al Comune di Medicina

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
per lavori di importo pari o superiore a 150.000,00 €
(ai sensi dell'art. 89 comma 2 lett. A) del D.Lgs. 159/2011)

Il/la sottoscritto/a			
residente a	Prov.	CAP	
in Via	n.	Tel.	
e-mail/PEC			
in qualità di titolare / legale rappresentante			
dell'impresa			
con sede legale a	Prov.	CAP	
Codice Fiscale	P. IVA		
in Via	n.	Tel.	
e-mail/PEC			

consapevole della responsabilità penale, in caso di falsità in atti e di dichiarazione mendace, ai sensi degli artt 46 e 76 del DPR 28/12/200 n 445;

DICHIARA

- che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese dicon il numero Repertorio Economico Amministrativo.....

Denominazione.....

Forma giuridica.....

Sede, telefono.....

Codice Fiscale.....

Data di costituzione.....

- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011;

- di non essere a conoscenza dell'esistenza delle cause sopraindicate nei confronti dei componenti degli organi di gestione della ditta, nominativamente elencati di seguito;

- CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE Numero componenti in carica:.....

- COLLEGIO SINDACALE (o,ove previsto, soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6 co.1 lettera b) del Dlgs 231/2001)

Numero sindaci effettivi:.....

Numero sindaci supplenti:.....

- OGGETTO SOCIALE

.....

TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE (ART. 85 D.Lgs 159/11)

Nome	Cognome	Carica	Luogo e data di nascita	Residenza

DIRETTORE TECNICO (ART. 85 D.Lgs 159/11)

Nome	Cognome	Luogo e data di nascita	Residenza

COLLEGIO SINDACALE (o,ove previsto, soggetti che svolgono i compiti di vigilanza di cui all'art. 6 co.1 lettera b) del Dlgs 231/2001)

Nome	Cognome	Carica	Luogo e data di nascita	Residenza

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI (ART. 85 D.Lgs. 159/2011)

Nome	Cognome	Luogo e data di nascita	Residenza

SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

.....
.....

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 445/2000, alla presente autocertificazione si allega **fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore**.

data

.....
(Il dichiarante)

L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che:

il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni / richieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;

il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;

il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione / l'annullamento dei procedimenti amministrativi;

in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni / richieste ad altri Enti competenti;

il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati;

titolare della banca dati è il Comune di Medicina; responsabili del trattamento dei dati sono i Dirigenti dei Settori interessati.