



Via Ostiense, 131/L
00154 – Roma
Tel. 06/57088.1 (Centralino)
Fax 06/57303370

Domanda di iscrizione all'Albo fornitori di lavori, di servizi e beni e autodichiarazione dei requisiti.

RESA ANCHE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000

ALLA AZIENDA SPECIALE FARMASOCIOSANITARIA CAPITOLINA FARMACAP
VIA OSTIENSE 131/L – 00154 ROMA

RICHIESTA ISCRIZIONE ALBO FORNITORI

Il sottoscritto _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
C.F. _____ in qualità di (carica sociale) _____
della Ditta _____
con sede legale in _____ Via/Piazza _____ n. _____
con sede amministrativa (se diversa da sede legale) in _____ Via/Piazza _____
n. _____
Città _____ Prov. _____ Tel. _____ Fax _____
E mail _____ Pec _____
Codice fiscale _____ P. IVA _____
Iscrizione C.C.I.A.A. di _____
n. R.E.A. _____
INPS matricola azienda _____ INPS sede competente _____
INAIL codice azienda _____ PAT INAIL _____
CASSA EDILE codice azienda _____ codice azienda _____
Attività esercitata _____
Dimensione aziendale n. lavoratori: _____
CCNL applicato: _____

_____ ,
dopo aver attentamente preso visione e piena conoscenza ed accettato incondizionatamente,
obbligandosi ad osservare le clausole, le condizioni ed in generale tutto il contenuto e le





disposizioni dell'Avviso per l'istituzione dell'Albo fornitori di lavori, beni e servizi dell'Azienda Farmasociosanitaria Farmacap, compresi i relativi allegati e tutta la documentazione richiamata e citata, e aver verificato il possesso di tutti i requisiti richiesti ai fini dell'iscrizione,

CHIEDE

l'iscrizione dell'Impresa nell'Albo Fornitori dell'Azienda Speciale Farmacap per l'affidamento di LAVORI, FORNITURE DI SERVIZI E DI BENI .

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE DI CUI ALL'ART.4 DELL'AVVISO

A.

di essere iscritto a : _____

_____;

B. che la Ditta non si trova in alcuna delle cause di esclusione previste dagli art. 80 del D.Lgs 50/2016.

➤ Soggetti elencati all'art. 80 c. 3 del d.Lgs 50/2016 (titolare, legale rappresentante, direttore tecnico, soci, membri del consiglio di amministrazione muniti di rappresentanza legale,) attualmente in carica:

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____;

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____;

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____;

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____





nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____

che nei confronti delle persone fisiche sopraindicate non ricorrono le condizioni di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 80 del D.Lgs 50/2016.

➤ Soggetti elencati all'art. 80 c. 3 del d.Lgs 50/2016 (legale rappresentante, direttore tecnico, soci, membri del consiglio di amministrazione,.....) cessati dalla carica nell'anno precedente la presente richiesta di iscrizione:

nessuno

OPPURE

i seguenti:

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____;

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____

nome _____, cognome _____, nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, carica _____;

e nei loro confronti:

non sono state pronunciate le condanne per i reati di cui al comma 1 dell'art. 80 del D.Lgs 50/2016;

OPPURE

la ditta dichiara completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata (*fornire documentazione attestante tale condizione*).

Di non avere alle proprie dipendenze ovvero di non intrattenere rapporti professionali con soggetti che nel triennio precedente hanno svolto incarichi amministrativi di vertice o incarichi di responsabile di settore con l'Azienda Speciale Farmacap, esercitando poteri autoritativi o negoziali.





FARMACAP

Azienda Speciale Farmasociosanitaria Capitolina

Indicare alternativamente il caso ricorrente:

- di non trovarsi in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile o altra relazione che comporti la provenienza delle offerte da un unico centro decisionale con alcun soggetto;
- di trovarsi in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile, o altra relazione che comporti la provenienza delle offerte da un unico centro decisionale con

le seguenti ditte:

➤ Appartenenza a consorzi:

- di non aderire ad alcun consorzio;

OPPURE

- di aderire al Consorzio (indicare la denominazione e tipologia)

(per le Società cooperative e per i Consorzi di cooperative):

- di essere iscritta all'Albo Nazionale delle Società cooperative.

➤ Altro: _____

Lo scrivente acconsente ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 al trattamento dei propri dati, anche personali, per il presente procedimento e gli atti conseguenti e per tutti gli adempimenti di legge. Si allega alla presente fotocopia non autenticata del documento di identità.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante



Farmacap
Azienda Speciale
Farmasociosanitaria
Capitolina
P.Iva 05903241007
Reg. Imp. 360101/97