



**AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

**Zona Distretto "Colline dell'Albegna"**

**D.G.R.T. 394/2026 e D.D.R.T 7438/2026**

**Sostegno Fragilità Anziani – Una Rete di Prossimità**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' EX ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 445/2000**

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 (sbarrare i riquadri che interessano e compilare i campi vuoti):

**DICHIARA**

- di non incorrere nelle cause di esclusione automatica e non automatica di cui agli art. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023;
- di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione attività né di concordato preventivo né di trovarsi in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione vigente, né di avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni né che tali circostanze si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- di non aver riportato condanna, con sentenza passata in giudicato, per i reati di cui agli articoli 314/1, 316 bis, 316 ter, 317, 318, 3189, 319 bis, 319 ter, 319 quater, 320, 321, 322, 322 bis, 346 bis, 353, 355, 356, 416, 423 bis, 416 bis, 437, 452 bis, 452 quater, 452 sexies, 452 septies, 452 quaterdecies, 501, 501 bis, 640/2, 640 bis e 644, 648 bis, 648 ter e 648 ter.1 del Codice Penale e/o per false comunicazioni sociali, frode, delitti commessi con finalità di terrorismo, riciclaggio, sfruttamento del lavoro minorile e ogni altro delitto da cui derivi l'incapacità di contrattare con le PP.AA;
- di non avere procedimenti penali in corso per gravi infrazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- di non avere procedimenti penali in corso per distorsione della concorrenza né per illeciti professionali gravi, ex art. 98 C.C.P.;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento di imposte, tasse o contributi previdenziali, secondo la legislazione vigente;
- di comunicare i seguenti dati per la posizione assicurativa:  
INPS \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_  
INAIL \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_  
(per le cooperative )
- di applicare il contratto collettivo di lavoro \_\_\_\_\_ anche per i soci della cooperativa \_\_\_\_\_
- di avere polizza assicurativa RCT nr. \_\_\_\_\_ con compagnia assicurativa \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro \_\_\_\_\_

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