



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Allegato C.2

PROGETTI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ IN SOLUZIONI ALLOGGIATIVE A FAVORE DI SOGGETTI CON DISAGIO MENTALE PRIVI DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/1992

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente a _____, Cap _____, in qualità
di _____ legale rappresentante de _____

Con sede legale in _____,
via _____, P. IVA _____

_____ al fine di poter essere iscritto alla long list degli Enti Gestori chiamati a gestire progetti di supporto alla domiciliarità per disabili mentali privi della certificazione ex L. 104/1992, come da Piano di Zona 2018/2019 del Distretto Socio Sanitario 19

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1. Di essere in regola con la normativa sulla salute e sulla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui art D. Lgs.n. 81/2008 e successive modifiche,
2. Di essere in regola con la normativa di cui alla l. 68/99 e successive modifiche;
3. Che l'azienda risulta regolarmente iscritta presso C.C.I.A.A di _____ al n _____;
4. Che l'azienda risulta regolarmente iscritta presso l'albo Terzo Settore/ Registro



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

regionale/nazionale _____ al n. _____;

5. Che l'azienda si trova nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e non si trova in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione attività;
6. Di essere in regola con l'applicazione del CCNL;
7. Di non essere destinataria di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 giugno 2001, n. 23;
8. Di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 80 D.Lgs. 50/2016;
9. Di essere in possesso di adeguata polizza assicurativa, come richiesta dalle Linee Guida ;
10. Di essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC).

L'Azienda esprime il consenso previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003. N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento dei dati che la riguardano per le finalità istituzionali.

L'azienda dichiara inoltre di aver preso visione ed accettato le Linee Guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19 a regolamentazione della materia.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

N. B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore. Nel caso di delega, unire all'atto di delega, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante.