



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA C.C.I.A.A.
CON DICITURA ANTIMAFIA**

(art. 46 del D.p.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)

**ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA (A.S.P.)
VIA TORRACA, 2 85100 POTENZA**

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

Residente in Via _____ Comune _____ CAP _____

In qualità di _____ (titolare della Ditta individuale /socio della società in nome collettivo /socio accomandatario della società in accomandita semplice /amministratore o legale rappresentante o componente del consiglio di amministrazione della società di capitali o della società cooperativa, ecc)
della Ditta /Società /Consorzio /ecc _____

Sede legale in: Via _____ Comune _____ CAP _____

Tel. n. _____ Telefax n. _____, indirizzo e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.p.R. 445/2000 e s.m.i.) sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di seguito i dati e le notizie ad essa relativi alla data della presente:

- Iscritta nel registro delle Imprese tenuto dalla C.C.I.A.A. di _____
- In data _____ N. _____ Sezione _____
- Denominazione: _____
- Forma giuridica: _____
- Sede: _____
- Codice fiscale _____
- Partita I.V.A. _____
- Costituita con atto del _____
- Informazioni patrimoniali e finanziarie:
 - Capitale sociale in euro _____
 - Deliberato _____
 - Sottoscritto –Versato _____



- Durata Società –data termine _____
- Oggetto sociale (descrizione sintetica) _____

- Titolari di cariche o qualifiche con le relative generalità (anche con elenco allegato sottoscritto dallo stesso firmatario della dichiarazione):

DICHIARA

Inoltre, in conformità a quanto previsto dall'art. 5 del D.p.R. 3 giugno 1998, n. 252, che:

- nei confronti della società _____ sopra indicata, non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 e successive modifiche;
- nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575 e successive modifiche;
- di non essere a conoscenza dell'esistenza delle cause sopra indicate nei confronti dei componenti degli organi di gestione della Ditta, nominativamente elencati di seguito:

	COGNOME E NOME	PR. NASCITA	DATA DI NASCITA
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal D.Lgs 30/06/2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____/_____/_____
(luogo) (data)

Timbro e firma leggibile del dichiarante*

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma, e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione
Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.
L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1 del D.p.R. 445/2000 e s.m.i.).

N.B. Ogni pagina del presente modulo dovrà essere corredata di **timbro della società e sigla del firmatario**

N.B. **Art. 76 del d.p.R. 445/2000 e s.m.i.** –Norme penali –“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”.

* La dichiarazione deve essere sottoscritta dal titolare dell'impresa individuale, ovvero dal legale rappresentante della società o da altro soggetto legalmente abilitato.