

**Coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali  
inclusione sociale e lavorativa di persone affette da dipendenza patologica  
attuazione scheda n. 34 allegata al Piano sociale di zona di Gallipoli**

**Dichiarazione attestante l'assenza delle cause di esclusione previste dall'art. 38 del D.lgs n. 163/2006; la corretta applicazione del CCNL per i dipendenti; il rispetto delle norme in materia di diritto al lavoro dei disabili; il regolare pagamento di imposte e tasse, e delle contribuzioni obbligatorie INPS - INAIL.**

**Al Comune di Gallipoli – Ufficio di Piano**  
(capofila dell'Ambito sociale)

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **provincia** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **residente in** \_\_\_\_\_

**(\_\_\_\_\_)** **via** \_\_\_\_\_ **n** \_\_\_ **in qualità di** \_\_\_\_\_

**con riferimento alla manifestazione di interesse per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali di inclusione sociale e lavorativa di persone affette da dipendenza patologica, alla quale partecipa come** *(segnare la voce che interessa)*

- soggetto singolo**
- componente di RTI** *costituita / da costituire*

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato,

**DICHIARA**

1- che per la Cooperativa \_\_\_\_\_ i nominativi dei soggetti aventi poteri di rappresentanza, compresi quelli cessati dalla carica entro l'anno, ai sensi del comma 1 lett. b) e c) art. 38 D.Lgs. n. 163/2006, e s.m.i. sono i seguenti:

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita Codice fiscale	Residenza	Carica Ricoperta

2- Che il sottoscritto e i predetti soggetti muniti di poteri di rappresentanza non si trovano in alcuna delle situazioni di esclusione contemplate all'art. 38 del D.Lgs. n° 163/2006 e s.m.i.

3- Che la Cooperativa \_\_\_\_\_ *(barrare la casella che interessa)*

- è in regola con gli obblighi di assunzione obbligatoria di cui alla legge 68/99;
- non è assoggettabile agli obblighi di assunzione obbligatoria di cui alla legge 68/99;
- è in regola con i pagamenti di imposte e tasse e delle contribuzioni obbligatorie INPS - INAIL.

4- Che la Cooperativa \_\_\_\_\_ (*barrare la casella che interessa*

è iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura della provincia di .....al n. .... - codice attività n. ....;

mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

**I.N.A.I.L.:** sede di .....matricola n°.....

**I.N.P.S.:** sede di ..... matricola n°.....

applica ai propri dipendente il seguente **C.C.N.L.** \_\_\_\_\_

possiede la capacità tecnico-organizzativa ed i requisiti tecnico-professionali adeguati per partecipare all'**istruttoria pubblica di coprogettazione di iniziative sperimentali ed innovative per l'inclusione sociale e lavorativa di soggetti svantaggiati**, avendo maturato le seguenti esperienze:

Soggetto committente	Periodo di svolgimento	Importo del servizio	Eventuale Programma/soggetto finanziatore

LUOGO E DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B:** La presente dichiarazione, in caso di RTI-RTS, deve essere resa separatamente da ciascun soggetto che partecipa alla manifestazione di interesse. Alla stessa deve essere allegata copia del documento di identità in corso di validità del firmatario.