|  |
| --- |
| Modello C – Dichiarazione Anti-Pantouflage  (Art. 53, comma 16 ter D.Lgs. 165/2001) |
| |  | | --- | | Procedura aperta in modalità telematica, ai sensi dell’art. 71 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i. per l’affidamento della fornitura triennale di Deflussori occorrenti all’A.O.U. Policlinico Riuniti di Foggia –5 lotti – da affidare con il criterio del minor prezzo ai sensi dell’art. 108, co. 1 e 3 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i. CIG vari. | |  | |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 46 e 47 DPR 445/2000)**

**ANTI-PANTOUFLAGE**

**(Art. 53, comma 16 ter D.Lgs. 165/2001)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_,

in qualità di Rappresentante Legale e/o Amministratore del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_

C.F/P.I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall’art. 76 e 75 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | di non aver conferito incarichi professionali né concluso alcun contratto di lavoro subordinato o autonomo ad ex-dipendenti che hanno cessato il rapporto di lavoro con l’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia da meno di tre anni i quali, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di quest’ultimo, negli ultimi tre anni di servizio, ai sensi dell’art dall’art 53, comma 16-ter del D. Lgs. n. 165/2001 s.m.i; |

L’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione e contestualmente informa che, la violazione del divieto di cui all’art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, comunque accertato, comporterà:

* la nullità del contratto concluso o dell’incarico conferito;
* l’esclusione dalle procedure di affidamento;
* il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni per tre anni;
* l’obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione
* dell’affidamento illegittimo.

L’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Riuniti di Foggia informa, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’operatore economico[[1]](#endnote-1)

1. *Nota esplicativa*: La dichiarazione dovrà essere rilasciata dal: titolare o legale rappresentante o institore o procuratore. La sottoscrizione è autenticata mediante corredo di copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del firmatario (art. 38, comma 3, del d.P.R. n. 445/2000). In caso di Associazione Temporanea di Imprese o Consorzio non ancora formalmente costituiti, la dichiarazione dovrà essere sottoscritta, a pena di esclusione, dal legale rappresentante o procuratore di ciascuna Impresa che costituirà la predetta Associazione o Consorzio. [↑](#endnote-ref-1)