

**OGGETTO: Affidamento diretto ai sensi dell'art. 36, comma 2, lettera a), del D.lgs. n. 50/2016 mediante ricorso alla trattativa diretta del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di Consip S.p.A dell'azione C (C.1.a) del PON INCLUSIONE - avviso 3/2016 convenzione AV3-2016-SIC\_49 stipulata in data 30 novembre 2017.**

Il sottoscritto ..... residente a ..... CAP  
..... in Via/Piazza ..... n. .... tel. ....  
Cell. .... codice fiscale .....nella qualità di  
..... (titolare/legale rappresentante) di ..... con sede  
in .....partita iva ..... E-mail .....  
Pec .....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**Dichiara**

- a) Che l'operatore economico rappresentato è iscritto ed abilitato sul MEPA nella categoria "Servizi sociali",
- b) L'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art.80, comma1, lett. a), b), c), d), e), f) e g), commi 2, 3, 4, 5 lett. a), b), c), d), e), f), g), h), i), l) e m) del D. Lgs. n.50/2016;
- c) Di essere iscritta al registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (C.C.I.A.A.) della Provincia di ..... per l'attività oggetto del presente avviso con indicazione della data, del numero di iscrizione, della forma giuridica dell'impresa;
- d) Di possedere l'iscrizione negli appositi albi o registri prescritti da disposizioni di legge in relazione alla configurazione giuridica posseduta, ed in specifico ..... (specificare gli estremi delle eventuali iscrizioni);
- e) Di non trovarsi nelle cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2001 n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84 comma 4 del medesimo decreto;
- f) Di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e assistenziali.
- g) Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53, comma 16.ter, del D. Lgs. n.165/2001 ovvero, ai sensi della normativa vigente, di ulteriori divieti a contrarre con la pubblica amministrazione.
- h) Di indicare ai fini delle verifiche:
  - l'Ufficio/sede dell'Agenzia delle Entrate

Ufficio	Indirizzo	CAP	Città	Fax e tel.	NOTE

- INPS: sede di \_\_\_\_\_matricola n. \_\_\_\_\_
- INAIL: sede di \_\_\_\_\_matricola n. \_\_\_\_\_
- i) Di accettare senza riserva alcuna del contenuto della procedura in oggetto;

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma digitale