

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
CERTIFICAZIONE D.P.R. 445/2000**

All'Area Gestione Tecnica ASL BA  
Pec: *agtecnica.aslbari@pec.rupar.puglia.it*

**AGGIORNAMENTO ELENCO (SHORT LIST) DI PROFESSIONISTI PER L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI ATTINENTI ALL’ ARCHITETTURA, ALL’INGEGNERIA, AD ALTRI SERVIZI TECNICI E A QUELLI LEGALI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI IMPORTO INFERIORE ALLE SOGLIE DI RILEVANZA COMUNITARIA AI SENSI DELL’ART. 50, COMMA 1, LETT. B), DEL D. LGS. N.36/2023**

Il sottoscritto .....  
 C.F. ....  
 nato a..... il .....  
 residente in ..... al via ..... n. .... Cap.....  
 in qualità di .....  
 con studio professionale in .....  
 alla via ..... n. .... cap .....  
 Partita iva n. ....  
 Recapito telefonico .....  
 e-mail..... pec.....  
 ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, altresì consapevole, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici per i quali essa è rilasciata, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere iscritto all’Ordine ....., al numero ....., a far data dal.....;
2. di essere componente dello studio associato .....
3. di possedere la cittadinanza italiana ovvero i requisiti sostitutivi di cui all’art. 38 d. Lgs. n. 165/01, es.m.i.;

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
CERTIFICAZIONE D.P.R. 445/2000**

4. di godere dei diritti civili e politici;
5. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali..... o di avere in corso i seguenti procedimenti penali.....;
6. di non aver subito sanzioni disciplinari attivate dall’Ordine di appartenenza in relazione all’esercizio della propria attività professionale;
7. di essere titolare della seguente polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, a copertura dei rischi da attività professionale (indicare n. polizza, la compagnia assicurativa, la data di stipula, la data di scadenza) .....;
8. il seguente numero di partita IVA, con indicazione della titolarità e della data di attribuzione della partita IVA.....;
9. di non versare in una delle cause di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di cui all’art. 94 del D.lgs. 36/2023;
10. che non sussiste la causa interdittiva prevista dall’art.53, comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001 (cd. “pantouflage”);
11. che non sussistono cause di incompatibilità e di conflitto di interessi previste dalle vigenti disposizioni legislative e regolamentari in materia, ivi comprese quelle dell’ordine professionale di appartenenza.

Luogo e data.....

Firma .....