MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale – Ufficio II

Procedura di gara aperta per l'affidamento del servizio assicurativo Infortuni e Responsabilità civile professionale verso terzi

CODICE CIG N. 5862065910

Durata 31/12/2014 – 31/12/2017

Allegato 2 al Disciplinare di gara: MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Al
Ministero della Salute

Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale

Ufficio II
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 - ROMA

OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' DA RENDERSI AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

con codice fiscale _____

in qualità di _____

dell'impresa _____

con sede in _____

domicilio fiscale _____

con codice fiscale _____ con Partita Iva _____

n. di telefono _____ n. di fax _____

indirizzo di posta elettronica _____

pec _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

- che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di: ……. e che fra le attività esercitate figura la voce "*Esercizio delle assicurazioni*"
  I dati dell'iscrizione sono i seguenti (*per gli operatori economici stabiliti in stati diversi dall'Italia, ex art. 47 del D. Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., indicare i dati di iscrizione nell'Albo o Lista ufficiale dello Stato di appartenenza*):

  numero di iscrizione …….

  data di iscrizione …….....

  durata della ditta/data termine …….....

  forma giuridica …….....

  titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari (*indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e il luogo di residenza*):
  ……

  ……

  ……

*****

- che l'impresa è in possesso dell'autorizzazione del Ministero delle Attività Produttive (ex Ministero dell'Industria) o dell'IVASS (ex ISVAP) all'esercizio del ramo assicurativo per cui si chiede la partecipazione;

*****

- che l'Impresa non si trova nelle condizioni di esclusione di cui all'Art. 38 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii.

*****

- di essere in regola con le norme della legge n. 68/1999 e ss.mm.ii. "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*";

  oppure

- di non essere soggetto alla legge n. 68/1999 e s.m.i. "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*";

*****

- di non trovarsi, rispetto ad un altro partecipante alla procedura di affidamento, in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale;

  oppure

- che non è a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano rispetto al concorrente, in una delle situazioni di controllo di cui all'Art. 2359 del Codice Civile e di aver formulato l'offerta autonomamente;

  oppure

- di trovarsi in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile e di aver formulato autonomamente l'offerta. In questo caso ALLEGARE IN SEPARATA BUSTA CHIUSA dichiarazione con indicazione del concorrente con cui sussiste tale situazione, corredata dai documenti utili a dimostrare che la situazione di controllo non ha influito sulla formulazione dell'offerta;

*****

- di essere in possesso di un rating pari o superiore a **BBB** rilasciato da Standard & Poor's, ovvero pari o superiore a **B+** se rilasciato dall'Agenzia A. M. Best, ovvero pari o superiore a **Baa** se rilasciato dall'Agenzia Moody's, in corso di validità alla data di pubblicazione del bando;

  o in alternativa

- di essere in possesso di un capitale sociale versato non inferiore a € 50.000.000,00 (cinquantamilioni)

*****

- di aver espletato nel triennio 2011/2012/2013 non meno di tre servizi assicurativi o riassicurativi nel settore pertinente il lotto in questione, resi a favore di Enti, Istituzioni o Società – Pubblici o Privati – con sede nell'Unione Europea.

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a fornire, nei termini disposti nel Capitolato Speciale, una informativa con il dettaglio dei sinistri denunciati, così suddiviso:
  - sinistri denunciati;
  - sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
  - sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
  - sinistri senza seguito.

DATA FIRMA

_____ _____

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

La dichiarazione, obbligatoriamente redatta in lingua italiana, dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante del concorrente.
La dichiarazione può essere sottoscritta anche da un procuratore del legale rappresentante ed in tal caso va allegata, a pena di esclusione, copia conforme all'originale della relativa procura.