

Dipartimento Amministrativo
Servizio Acquisti di Area Vasta

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

SI PRECISA CHE TALE MODELLO VA PRESENTATO: DA CIASCUN COMPONENTE IL R.T.I.; DALL'AUSILIATA E DALL'AUSILIARIA. IN CASO DI CONSORZIO LO STESSO DOVRÁ PRESENTARLO SIA PER SÉ CHE PER OGNI DITTA ESECUTRICE INDICATA IN GARA

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (____) il _____

Cod. fiscale _____

residente a _____ (____) CAP _____

via _____

domicilio (se diverso dalla residenza) _____

estremi **documento di identità** in corso di validità:

Documento _____ avente numero _____

rilasciato il _____ da _____ scadenza _____

IN QUALITÀ DI (barrare la voce che interessa)

legale rappresentante e titolare effettivo

Oppure

legale rappresentante

Oppure

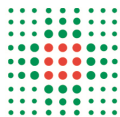
titolare effettivo

dell'operatore economico _____

con sede in _____ - Via _____

Codice Fiscale e P.I.V.A. _____

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dal medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,



Dipartimento Amministrativo
Servizio Acquisti di Area Vasta

DICHIARA

l'assenza di situazioni di conflitto d'interesse con riferimento alla procedura in oggetto.

In particolare, dichiara di non trovarsi con il personale della Stazione appaltante o con soggetti anche esterni che abbiano partecipato alla redazione dei documenti di gara, i cui nominativi risultino dalla documentazione stessa, in alcuna situazione di conflitto di interesse di cui all'articolo 16 del D.Lgs. n. 36/2023 .

Al fine di consentire una consapevole dichiarazione circa l'assenza di conflitto d'interessi, si specifica che i nominativi del personale, sono individuabili nei seguenti:

Figura	Nominativo	Ente appartenenza
Responsabile unico del progettodell'ente committente	Ing. Paride Lambertini	IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi
Responsabile del procedimento di gara	Dott.ssa Antonia Crugliano	Azienda USL di Bologna
Responsabile del procedimento per la fase di esecuzione	Ing. Paride Lambertini	IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi
Redattore del progetto posto a base di gara	Ing. Paride Lambertini	IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi

Data _____

Firma _____

[Firmare digitalmente od analogicamente allegando copia documento di identità]

N.B.: testo dell'art. 16, comma 1 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii.: *"..Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.."*

La presente dichiarazione deve essere resa sia dal legale rappresentante che dal titolare effettivo (se diverso dal legale rappresentante)

Per quanto riguarda l'informativa sui dati personali in base al Regolamento 2016/679/UE si rinvia alle precisazioni degli atti di gara.