



ALLEGATO 8

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445
in ottemperanza alle disposizioni di cui al decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e alle successive disposizioni
attuative emesse dalla Banca d'Italia in data 23 dicembre 2009
(Norme di prevenzione dell'antiriciclaggio)*

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 DOVRÀ 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 Legale Rappresentante della Ditta _____

Ragione sociale _____

Sede legale: Via _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Cod. fisc. _____

impresa singola

quale impresa CAPOGRUPPO / MANDANTE (*cancellare la voce che non interessa*) del costituendo *Raggruppamento di Imprese o Consorzio ex art. 2602 c.c.* con le seguenti imprese concorrenti

capogruppo:CATEGORIA.....

mandante:CATEGORIA.....

mandante:CATEGORIA.....

 <p>Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU</p>	 <p><i>Ministero della Salute</i></p>  <p>Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA</p>	
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p><small>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</small></p>	 <p>POLICLINICO SANT'ORSOLA</p>  <p>ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA</p> <p><small>IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico</small></p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>

quale impresa AUSILIATA / AUSILIARIA (*eventualmente in caso di avvalimento – cancellare o compilare la voce che non interessa*)

Che si è avvalsa dell'Impresa ausiliaria / che ha prestato avvalimento nei confronti della ditta

quale CONSORZIO indicante le ditte esecutrici come da apposito allegato

In relazione alle sostanze comprese nell'elenco delle sostanze estremamente problematiche (SVHC) candidate di cui all'articolo 57 del regolamento (CE) n. 1907/2006 (regolamento REACH), comprese eventuali aggiunte all'elenco delle sostanze candidate:

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

DICHIARA

Opzione 1)

che il sistema offerto non prevede l'utilizzo di sostanze chimiche sopra indicate;

Opzione 2)

di disporre di un sistema di gestione delle sostanze chimiche con risorse dedicate, delle competenze tecniche necessarie nonché di procedure e istruzioni documentate al fine di garantire che l'offerente sappia che il prodotto o i prodotti acquistati in virtù del presente contratto contengono sostanze comprese nell'elenco delle sostanze estremamente problematiche (SVHC) candidate di cui all'articolo 57 del regolamento (CE) n. 1907/2006 (regolamento REACH), comprese eventuali aggiunte all'elenco delle sostanze candidate. In questo contesto, è incluso quanto segue:

- eventuale richiesta ai fornitori di informazioni sulla presenza delle sostanze elencate, comprese eventuali nuove aggiunte all'elenco (entro un mese dalla pubblicazione di un elenco riveduto da parte dell'ECHA);
- raccolta e archiviazione sistematiche delle informazioni ricevute sulle sostanze estremamente problematiche incluse nell'elenco REACH delle sostanze candidate contenute nei prodotti acquistati nell'ambito dell'appalto, ovvero conservazione dei documenti e procedure di monitoraggio (per esempio, ispezioni regolari della documentazione relativa al contenuto delle sostanze dell'elenco delle sostanze candidate nel prodotto e controlli a campione del contenuto chimico (relazioni delle analisi di laboratorio)), per verificare l'eventuale presenza di incongruenze nelle informazioni raccolte.
- partecipazione di aver messo in atto le procedure e le istruzioni sopra illustrate:

 <p>Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU</p>	 <p><i>Ministero della Salute</i></p>  <p>Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA</p>	
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>  <p>ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA</p> <p>IRCCS Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola</p>

Luogo e data _____

Il Rappresentante Legale _____