

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____ (nome e cognome)
Codice fiscale o partita IVA: _____
in qualità di legale rappresentante della società _____ (ragione sociale)
Codice fiscale o Partita IVA: _____ Sede legale:
Via/Piazza _____ n. _____,
Città _____, Prov. _____, CAP _____
consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali
per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti su di me ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.

Informativa sul trattamento dati personali ai sensi del Regolamento EU 679/2016 (GDPR): i dati personali conferiti sono raccolti e trattati per raccogliere l'interesse di persone giuridiche a sottoscrivere, senza carattere di esclusiva, convenzioni non onerose. Per maggiori informazioni sul trattamento si rinvia all'art. 9 dell'avviso pubblico e alla privacy policy sul sito web istituzionale di AQP: <https://www.aqp.it/privacy-cookie>.

Data: _____

Firma del proponente
