

ALL’ASL DELLA PROVINCIA DI COMO

DIREZIONE GENERALE

UFFICIO FORMAZIONE ECM

Via Pessina, 6

22100 - COMO

**Oggetto: avviso per la ricerca di sponsor – modulo di partecipazione.**

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………….. Legale Rappresentante / Procuratore munito dei poteri necessari come da procura allegata – della Società ……………………………………………………..........................................

con sede legale in ……………..…………………………………………………………………………

Prov. ... , codice fiscale n. ………………………………………………………………. , partita IVA n. ……………………………………….………………………………………………….………… ,

tel. …………………………………………………. fax ………………………………………………..

e-mail ………………………………………………….. sito internet ………………………………… ,

presa visione dell’avviso di ricerca sponsor anno **2014** presente nel sito aziendale, **manifesta il proprio interesse a sponsorizzare il progetto formativo** n.. … dal titolo: ………………………………………………………………………………………………………….….…. presente nel piano formativo anno 2013 dell’ASL della Provincia di Como, con il seguente contributo, rispetto alla valorizzazione economica dell’evento, indicata nel piano citato:

□ contributo parziale di euro …………………………. + IVA

□ contributo totale di euro …………………………… + IVA

**OFFRE altresì**

 □ ulteriore contributo di euro …………………………. + IVA

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e consapevole della decadenza dei benefici conseguenti ad un’eventuale aggiudicazione avvenuta sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che la …………………………………………………………..… è iscritta alla CCIAA di ……………………………………………..………… al n. …………………………………….…… ;
2. che non sussistono a carico della ……………………………………………………………… le cause di divieto o di decadenza previste dall’art. 10 della Legge n. 575/1965 (antimafia);
3. che la …………………………………………………. non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo né è in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
4. che non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell’articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale;
5. che nei confronti della ……………………………………………. non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all’art. 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo dell’8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
6. che la ……………………………………………………..……… è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ed ottempera alle norme della Legge n. 68 del 12.03.1999;

**oppure**

□ che la ……………………………………………………..……… non è soggetta agli obblighi derivanti dalla Legge n. 68 del 12.03.1999 (**barrare la casella corrispondente alla fattispecie di non assoggettabilità prevista dalla Legge indicata**) in quanto:

□ occupa un numero di dipendenti inferiore a 15 (quindici);

□ occupa un numero di dipendenti superiore a 14 (quattordici) e inferiore a 35 (trentacinque) ma non ha effettuato nuove assunzioni a tempo indeterminato dopo il 18.01.2000;

1. che è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori secondo la legislazione italiana o quella del paese di appartenenza; di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS di:

Ufficio ………………………………………………………………………………………………..…

via ………………………………..………………………………….……………… cap …….……

Città …………………………………………………...…. Prov. … Matricola …………………

INAIL di:

Ufficio ………………………………………………………………………………………………..…

via ………………………………..………………………………….……………… cap …….……

Città …………………………………………………...…. Prov. … Matricola …………………

1. che non esistono situazioni di conflitto di interesse, diretto o indiretto, con l’attività dell’ASL.
2. (solo per ONLUS Associazioni) che il contributo economico proposto è:

□ soggetto ad IVA aliquota del … % ai sensi di …

□ esente IVA ai sensi dell’art. … del DPR 633/72, se parzialmente, indicare quali prestazioni …

□ esclusa IVA ai sensi di …

**REFERENTE OPERATIVO PER LA PROPOSTA**

Cognome e nome ………………………….………………………………………………………………

Via ……………………………………………… cap ……… Città ……………………………….

Prov. …. tel. ………………… fax …………………… e-mail ………………..………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | …………………… |
| *Luogo* | *data*  |

**IL LEGALE RAPPRESANTANTE / PROCURATORE** …………………………………………….

 *(firma per esteso)*

**Il modulo dovrà essere siglato su ogni pagina.**

**Allegare copia di documento di identità del sottoscrittore. Nel caso la proposta sia fatta da una persona giuridica, il legale rappresentante deve presentare l’autocertificazione riferita a se stesso e a tutti gli altri soggetti muniti del potere di rappresentanza.**

INFORMATIVA PRIVACY

(art. 13 del Dlgs 30 giugno 2003 n. 196)

I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dall’avviso stesso. I Singoli interessati hanno facoltà di esercitare i diritti loro riconosciuti dal D.Lgs. 196 del 30/6/2003 e s.m.i. Titolare del trattamento è l’ASL della provincia di Como, in persona del suo Direttore Generale pro tempore che può nominare uno o più responsabili del trattamento in conformità alla normativa sopracitata.

I dayti saranno trattati in conformità alle norme vigenti, dagli addetti agli uffici aziendali e coinvolti nella attività di cui al presente avviso. I dati possono essere oggetto di comunicazione e/o diffusione a soggetti pubblici e privati in relazione alle finalità del presente avviso.

Per presa visione: ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | …………………… |
| *Luogo* | *data*  |