

## COMUNE DI ANCONA

AVVISO PUBBLICO  
PER LA RICERCA DI SPONSOR PER LA  
SECONDA EDIZIONE DEGLI  
“ADRIATIC AND IONIAN MACROREGION YOUTH GAMES”  
ANCONA 15 /18 GIUGNO 2016

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di (carica sociale) \_\_\_\_\_

della Società (nome e ragione sociale) / dell'Associazione (nome e tipologia) \_\_\_\_\_

con sede legale in Via \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_

*ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e s. m. i., consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione l'impresa/Società decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata*

### DICHIARA

- Di accettare tutte le condizioni contenute nell'avviso pubblico selezione per ricerca sponsor pubblicato dal Comune di Ancona - in merito alla sponsorizzazione dell'attività denominata “Adriatic and Ionian Macroregion Youth Games”, che si terrà ad Ancona dal 15 al 18 giugno 2016”;

- che la società è iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio Industria, Artigianato ed Agricoltura di .....con il n.....ove oltre

al sottoscritto legale rappresentante firmatario risultano anche altri soggetti dotati del potere di rappresentanza: indicare nome e cognome

\_\_\_\_\_

Oppure che la associazione è iscritta all'Albo/Registro \_\_\_\_\_;

- di essere a conoscenza del fatto che nessuno dei soggetti dotati di poteri di rappresentanza si trova in alcune delle condizioni che comportano l'impossibilità di stipulare contratti di appalto a norma del citato art.38 del D.Lgs.vo 163/2006;

-- che nessuno dei soggetti dotati di poteri di rappresentanza ha impedimenti derivanti dalla normativa antimafia o dalla sottomissione a misure di prevenzione;

- di essere in regola con tutti gli obblighi contributivi e fiscali previsti dalla normativa vigente e pertanto indica la seguente posizione assicurativa (dovranno essere indicati la matricola INPS ed il codice Soc. INAIL con indirizzo degli uffici competenti, relativamente al luogo dove ha sede la Società):

- INPS posizione:

Ufficio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

- INAIL posizione di:

Ufficio \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili:

SI NOLEGGE 68/99 (diritto al lavoro dei disabili)

e che la società ha un organico (barrare la casella interessata):

a) INFERIORE A N. 15 DIPENDENTI:

b) SUPERIORE A N. 15 DIPENDENTI :

(Indicare l'Ufficio Provinciale del Lavoro competente -inserire denominazione ed indirizzo: nome, ente, via, città, cap., tel, e codice Società):

---

---

---

---

oppure di non essere assoggettato agli obblighi della L. 68/99 poichè':

---

---

- esistenza dei requisiti richiesti dall'art. 5 del Avviso;

inoltre

DICHIARA RELATIVAMENTE ALLA POSIZIONE FISCALE DELLA SOCIETA'/ASSOCIAZIONE:

Ai fini fiscali dichiara che la Società/Associazione è:

- a) titolare di PARTITA IVA n. \_\_\_\_\_
- b) titolare di CODICE FISCALE n. \_\_\_\_\_
- c) ONLUS (solo per le Associazioni):      SI              NO

Che la prestazione inerente al progetto presentato è:

- SOGGETTA ad IVA aliquota del \_\_\_\_\_% ai sensi di \_\_\_\_\_
- ESENTE IVA ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ del DPR. 633/72 (se parzialmente, indicare per quali attività) \_\_\_\_\_
- ESCLUSA IVA ai sensi di \_\_\_\_\_

INOLTRE

Il proponente dovrà dichiarare che l'attività tecnica che intende prestare è coerente con l'oggetto della propria attività descritta nella CCIAA o atto costitutivo associazione;

---

---

---

---

---

---

**REFERENTE OPERATIVO PER LA PROPOSTA PRESENTATA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_

**Allega alla presente dichiarazione copia fotostatica non autenticata del documento di identità valido (Passaporto, Carta d'identità).**

Data: \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

---

Precisazioni:

L'Amministrazione Comunale procederà a valutare, ai fini della selezione, quanto dichiarato.