



Allegato A

**OGGETTO:** Procedura negoziata mediante cottimo fiduciario per la fornitura annuale, con opzione di rinnovo per un ulteriore anno, di dispositivi per endoscopia digestiva CND G03 da destinare alle esigenze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

*(la presente dichiarazione, rilasciata anche ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, deve essere prodotta corredata a pena di esclusione da una copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000).*

..L.. sottoscritt.....

Nat.... il..... a ..... Prov. ....

In qualità di .....

*(in caso di soggetti diversi dal legale rappresentante specificare il ruolo, che deve risultare anche dall'apposita delega allegata alla presente dichiarazione)*

dell'impresa.....

con sede legale in .....Prov. ....

via ..... C.A.P. ....

iscritta alla Camera di Commercio di.....in data.....

codice fiscale n. ....

partita IVA n. ....

**CHIEDE** di partecipare alla procedura indicata in oggetto

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole altresì che eventuali falsità del contenuto della presente dichiarazione comporteranno il decadimento dell'istante dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. che l'impresa è iscritta dal \_\_\_\_\_ al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_,  
al numero \_\_\_\_\_, con la seguente forma giuridica \_\_\_\_\_  
per attività di \_\_\_\_\_

*ovvero nel registro professionale dello stato di residenza, se trattasi di imprese straniere non residenti in Italia.*

2. che l'impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali e assicurative:

INPS: matricola n. \_\_\_\_\_ sede competente di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

INAIL: matricola n. \_\_\_\_\_ sede competente di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

*(indicare la posizione dove ha la sede legale l'Impresa)*

e che la stessa è in regola con i versamenti ai predetti Enti.



*Allegato A*

In caso di mancata iscrizione presso uno degli Istituti di cui al presente punto indicarne la motivazione. \_\_\_\_\_

**3.** di aver preso conoscenza delle condizioni e di tutte le circostanze generali e particolari che possono aver influito sulla determinazione dell'offerta;

**4.** di accettare espressamente, incondizionatamente e senza riserva alcuna, tutte e nessuna esclusa, le norme e le condizioni riportate nella lettera di invito;

**5.** che l'offerta è valida per il tempo necessario all'espletamento della procedura;

**6.** ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/1999, che il soggetto concorrente è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

**oppure:** (*barrare la casella corrispondente*)

di non essere tenuta al rispetto della suddetta norma, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori inferiore a 15;

di non essere tenuta al rispetto della suddetta norma, in quanto, pur avendo alle dipendenze un numero di lavoratori compreso tra 15 e 35, non ha proceduto successivamente al 18.01.2000 a nuove assunzioni;

**7.** di essere a conoscenza che la restituzione del presente modulo debitamente compilato e controfirmato costituirà condizione necessaria per l'ammissione alla procedura ed equivarrà ad attestazione di avvenuta presa visione e di accettazione di tutte le condizioni riportate nella lettera d'invito e negli atti della procedura;

**8.** che i prodotti offerti sono conformi alle normative vigenti in materia di sicurezza ed è garantito esente da difetti ed imperfezioni;

**9.** che a carico della impresa e dei suoi rappresentanti legali non risulta alcun provvedimento limitativo della capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione anche ai sensi della vigente normativa antimafia;

**10.** di non essere a conoscenza dell'esistenza in corso dell'applicazione a carico della impresa di provvedimenti ostativi all'iscrizione negli albi appaltatori o fornitori pubblici;

**11.** di essere a conoscenza che, qualora risultassero false le dichiarazioni rese, verrà revocata l'aggiudicazione.

In tal caso l'A.O.U. provvederà ad addebitare il maggiore costo sostenuto, fatta salva la possibilità di rivalersi per gli eventuali ulteriori danni subiti;

**12.** di aver ricevuto copia dell'informativa ex art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 relativo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA del/la dichiarante (per esteso e leggibile)



Allegato A

## **Informativa ex art. 13 D.Lgs. 2003, n. 196**

Ai sensi del Decreto Legislativo 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali, si rilascia la presente informativa, finalizzata a definire le modalità di trattamento dei dati personali, forniti nell'ambito della procedura in oggetto, nel rispetto delle disposizioni richiamate.

Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

### **A) Titolare del trattamento**

Il titolare del trattamento è il Responsabile del Servizio Provveditorato ed Economato dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sede legale Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI.

### **B) Modalità del trattamento**

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, e potrà essere effettuato anche mediante strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere gli stessi. I dati saranno conservati presso la sede legale ubicata in Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI., per i tempi prescritti dalle norme di legge.

### **C) Trattamenti e relativi scopi**

I dati personali verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda e quindi:

1. per eseguire, in generale, obblighi di legge;
2. per esigenze di tipo operativo e gestionale interne all'Azienda Ospedaliero Universitaria ed inerenti la gestione contabile ed amministrativa.

### **D) Comunicazione dei dati**

I dati personali trattati in relazione agli scopi descritti al punto C, potranno essere comunicati ad enti pubblici od organizzazioni private.

### **E) Consenso**

L'eventuale rifiuto a conferire i dati può impedire la stipulazione o l'esecuzione dei rapporti contrattuali, o degli adempimenti di obblighi di legge.

### **F) Diritti dell'interessato**

In ogni fase della procedura l'interessato potrà esercitare i diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 196/2003, di seguito riprodotto integralmente.

La informiamo che per l'esercizio di tali diritti l'interessato dovrà rivolgersi all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sede legale Via Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI., titolare della gestione dei dati personali.

Si ringrazia per l'attenzione e la collaborazione, e si porgono i più cordiali saluti.

**L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari**

### **ART. 7 D.Lgs. N. 196/2003 - Diritti dell'interessato:**

**1.** In relazione al trattamento dei dati personali l'interessato ha diritto:

**a)** di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo:

- 1) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la richiesta può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni;
- 2) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

**Servizio Provveditorato ed Economato – - 070/51096806 – Fax 070/51096520**



*Allegato A*

- 3) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
  - 4) l'attestazione che le operazioni di cui ai numeri 2) e 3) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
  - b) di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - c) di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informato dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto.
2. Per ciascuna richiesta può essere chiesto all'interessato, ove non risulti confermata l'esistenza di dati che lo riguardano, un contributo spese, non superiore ai costi effettivamente sopportati.
  3. I diritti riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chiunque vi abbia interesse.
  4. Nell'esercizio dei diritti l'interessato può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.
  5. Restano ferme le norme sul segreto professionale degli esercenti la professione di giornalista, limitatamente alla fonte della notizia.

**FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO**

..L.. sottoscritt... ..

Nat... il..... a ..... Prov. ....

In qualità di .....

dell'impresa.....

con sede legale in .....Prov. ....

via ..... C.A.P. ....

con codice fiscale n. ....

con partita IVA n. ....



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA CAGLIARI**  
**Servizio Provveditorato ed Economato**  
**S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042 - Monserrato**  
**Telefono 070.51096504 - Fax 070.51096520**



*Allegato A*

*qui di seguito identificata, anche, con il termine "interessato" nel significato di cui alla lettera "i" dell'art. 4 D.Lgs. n° 196/2003 in relazione al D.Lgs. 196/2003 relativo al trattamento dei dati personali,*

**SPONTANEAMENTE DICHIARA**

di autorizzare, in conformità a quanto indicato nell'informativa ricevuta, ex D.Lgs. n. 196/2003:

- il trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili per le finalità indicate ai punti C1 – C2 dell'informativa;
- il trattamento dei dati personali per le finalità indicate al punto C dell'informativa e la comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto D dell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA del/la dichiarante (per esteso e leggibile)