

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
PER INCARICHI PROFESSIONALI

OGGETTO: ESECUZIONE NEI CONFRONTI DI DROCCHI ROBERTO

Il sottoscritto NOBERASO MARIO
nato a _____
residente a _____ in via _____
codice fiscale _____
nella sua qualità di AVVOCATO
dello studio ACQUILINO BECCHINO NOBERASO REALINI MAZZI
con sede legale in SAVONA in via GARASSINO n. 1/5
codice fiscale _____ Partita IVA 01082020098
telefono 019827373 fax 0198484344 mail _____ PEC mario.noberaso@ordineavvocati
su.it

Visti
il decr. lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii.;
il d.l. 210/2002 conv. L. 266/2002 e D.M. 24.10.2007 e ss.mm.ii.;
il decr. lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.;
Reg.to UE 2016/679;
l'articolo 4, comma 14-bis del D.L. 70/11 conv. L. 106/2011;

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 dello stesso D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 sulla responsabilità penale cui va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi e per gli effetti di cui allo stesso art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

Che non sussiste nei propri confronti alcuno dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 d.lgs. 50/2016 che impediscono o limitano la capacità a contrarre con la pubblica amministrazione;

che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D.Lgs. n. 159/2011;
di essere iscritto all'Albo/Ordine professionale di Savona al n. _____ in data 10/10/97

di non avere dipendenti e di versare i propri contributi a _____ (indicare gli estremi della propria posizione previdenziale)

Oppure

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi previdenziali stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n. 210/2002 convertito in legge n. 266/2002 nonché D.M. 24.10.2007); Indica pertanto i seguenti dati necessari alla verifica della presente dichiarazione:

- Codice Fiscale: 01082020098
- Denominazione Ragione Sociale: Studio legale Acquilino Becchino Roberto Realini
- Sede legale: Via/Piazza Garassino N° 1/5 cap 17100
Comune SAVONA Prov. _____ Mazzi
- Sede operativa: Via/Piazza _____ N° _____ cap _____
Comune _____ Prov. _____
- Indirizzo attività: Via/Piazza _____ N° _____ cap _____
Comune _____ Prov. _____
- Recapito corrispondenza: sede legale oppure sede operativa
- Tipo impresa: Associazione professionale

ALLEGARE FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE O LA SCANSIONE DELLA CARTA D'IDENTITA' ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

IL DICHIARANTE

Osorio Muleru