

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI OTTEMPERANZA ALLE NORME PER IL DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI

(ART. 47 D.P.R. 445/2000)

La sottoscritta SARA CHICCA, nata a [REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED] in [REDACTED] in qualità di PROCURATRICE e legale rappresentante della GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.p.A., con sede in MILANO, via GALENO 36, codice fiscale 93027710016 e P. IVA 03663500969,

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che, ai sensi delle disposizioni di cui alla legge 68/1999:

- questa Impresa GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.p.A.
- è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili
- ~~• non è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili,~~
- ha un numero di dipendenti pari a 551 _____ unità;
- questa Impresa GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.p.A.
- ha ottemperato alle norme di cui alla Legge n. 68/1999, avendo inviato in data il 30 gennaio 2024 all'ufficio competente il prospetto di cui all'art. 9 della medesima legge,
- ~~• non ha ottemperato alle norme di cui alla Legge n. 68/1999,~~
- ~~• (eventuale, in caso di situazioni particolari), avendo altresì proposto la convenzione, ovvero avendo richiesto esonero parziale,~~
- ~~• tale situazione di ottemperanza alla legge può essere certificata dal competente Ufficio Provinciale di _____~~

La sottoscritta SARA CHICCA (PROCURATRICE) dichiara altresì:

- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Impresa verrà esclusa dalla procedura ad evidenza pubblica per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale verrà annullata e/o revocata; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula del Contratto, questo potrà essere risolto di diritto dalla Amministrazione Contraente ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

[REDACTED], li 05/02/2024

FIRMA

GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.p.A
SARA CHICCA – PROCURATRICE
F.TO DIGITALMENTE

Allegati: - copia fronte/retro della carta di identità di SARA CHICCA n. [REDACTED] rilasciata dal COMUNE DI [REDACTED] il [REDACTED]

Cognome..... CRICCA
 Nome..... SARA
 Data di.....
 (atto n. I. S.)
 e
 Cittadinanza.....
 Residenza.....
 Via.....
 Stato civile.....
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
 Statura.....
 Capelli.....
 Occhi.....
 Segni particolari.....



Firma del titolare.....
 Imprints del dito indice sinistro *REYL SINDACO*


