**DICHIARAZIONE RELATIVA ALL’INDIVIDUAZIONE DELLA CASSA DI ASSISTENZA**

**resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

# Oggetto: Procedura aperta, in modalità telematica, per l’affidamento triennale dei servizi assicurativi di Coni Servizi S.p.A. – CIG 6356672BAB - R.A.059/15/PA.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Nato/a a** | | |  | | | | | **Prov.** | | | **(     )** | | **il** | | | **/     /** | | |
| **In qualità di (*selezionare, in alternativa, la casella corrispondente*):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **e Legale rappresentante** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ovvero** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Procuratore (*in tal caso indicare gli estremi della relativa procura e inserire nel sistema copia della stessa*)** | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Dell’Impresa:** | | | | | | **Indicare Ragione sociale per esteso** | | | | | | | | | | | | |
| **con sede legale in:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Via** | |  | | | | | | | | | | | **n.** | |  | | | |
| **C.A.P.** | |  | | | | | **Città** | |  | | | | **Prov.** | | | | | **(     )** |
| **Telefono** | | | |  | | | | | | | | **Fax** | |  | | | | |
| **e-mail** | | | |  | | | | | | **(eventuale) Indirizzo di Posta elettronica certificata** | | | |  | | | | |

**DICHIARA**

**che la Cassa di assistenza individuata ai fini della partecipazione alla presente procedura è**

**che detta Cassa ha** **finalità assistenziale ed è abilitata a norma di legge a ricevere i contributi in riferimento alle attività e alle prestazioni oggetto di contratto;**

**che è idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso delle spese mediche/infortuni (rischio exprofessionali), ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all’art. 51 del D.P.R. n. 917/1986 e s.m.i.;**

**che risulta iscritta all’Anagrafe dei Fondi integrativi sanitari di cui al Decreto del Ministero del Lavoro del 27 ottobre 2009;**

**che ha adottato il Documento programmatico per la sicurezza dei dati (DPS);**

**che ha gestito nel triennio 2012-2013-2014, coperture per almeno 2500 nuclei familiari.**

L’Impresa Concorrente,

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo** | **Data** |
|  |  |
| **Sottoscritto digitalmente da:** | |