**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:** |