**ELENCO TELEMATICO DEGLI OPERATORI INCOMING SPECIALIZZATI E QUALIFICATI NELL’ACCOGLIENZA E ACCESSO AI TERRITORI TURISTICI DELL’EMILIA-ROMAGNA (FAM E PRESS TRIP) DI CUI ALL’ART. 36 DEL D.LGS. 50/2016 E SS.MM.II. E ALLE LINEE GUIDA N. 4 DI ANAC DI APT SERVIZI S.R.L.**

**Codice Procedura APTERAF###0002**

***Dichiarazione sostitutiva requisiti ai sensi del DPR 445/2000***

Il sottoscritto ……………….................................................................................................................

nato a……….....................................…… (.......) il ................................……………………………..

domiciliato per la carica ove appresso, in qualità di **[[1]](#footnote-2)**…………...........................................................

della impresa ……………….................................................................................................................

con sede in....................... …………. ( ), Via.........................................................cap........................

in qualità di **[[2]](#footnote-3)**...........................................................................................................................................

pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione, esibizione o uso di atti falsi ovvero di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

**dichiara ed attesta sotto la propria responsabilità**

1. che l’impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di …………………………..………per la/le seguente/i attività…..……..………..…………….

…………………………………….……………………………………………………….…......

……………………………………………………………….……………………………..….…

…………………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………...….

e che i dati dell’iscrizione sono i seguenti (per i concorrenti con sede in uno stato straniero indicare i dati di iscrizione nell’albo o nella lista ufficiale dello Stato di appartenenza):

* numero di iscrizione ……………………………………………………………………..….
* data di iscrizione …………………………………………………………………………….
* forma giuridica …………………………..……………………….…………...…………….
* sede …………………………………………………………………………….……………
* codice fiscale e partita iva ……………………………………………………………….….
* titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari

(indicare ***i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza***):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Qualifica** | **Luogo e data di nascita** | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. di non rientrare in nessuno dei motivi di esclusione previsti dall’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
2. - di partecipare al piano di promo-commercializzazione 2020 della Destinazione Turistica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare quale Destinazione Turistica*);

oppure

- di essere o svolgere attività di DMO-DMC per il territorio provinciale/comunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare il territorio provinciale),* fornendo servizi turistici di informazione, accoglienza e accesso per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Indicare l’ente pubblico territoriale appaltante*) e di essere dotato per l’attività commerciale di vendita di servizi turistici di accoglienza e accesso delle necessarie autorizzazioni/licenze conformi a leggi e regolamenti vigenti in materia di assemblaggio e commercializzazione di servizi e/o pacchetti turistici incoming Emilia-Romagna;

oppure

- di partecipare al piano di marketing e promozione turistica 2020 di APT Servizi *(tale requisito è ad appannaggio dei soli operatori della provincia di Modena che hanno aderito mediante apposita procedura)*

1. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 101/2018.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma digitale del legale rappresentante

dell’operatore economico

**MODULO DI TRACCIABILITA’ DEI MOVIMENTI FINANZIARI** sottoscritto..................................................................................................................................

nato a............................................................................... ……………………………………..

residente a …………………………………………………………. ………………………….

in via……....................................................................................................................................

codice fiscale……………….…………………………………………………………………..

in qualità di (barrare una delle opzioni):

legale rappresentante della società…………………………………………………………………………….................. ……..

titolare della ditta individuale .........................................................................................................

prestatore d’opera .......................................................................................................................... .

con sede legale a .................................................. ……..via…………………………………………. cap ……….

codice fiscale .......................................................... partita IVA ……………………………………...

Ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste all’art. 76 della normativa suindicata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, al fine di assolvere agli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui art. 3 L 136/2010, relativamente ai pagamenti di forniture e servizi a favore di Apt Servizi s.r.l. con la presente

**DICHIARA**

Che gli estremi identificativi del conto corrente dedicato ai pagamenti nell’ambito della commessa pubblica sono i seguenti:

conto corrente n° .................................................................... aperto presso………………………..

codice IBAN………………………………………………………………………………………….

conto corrente n° ..................................... ……………………aperto presso

codice IBAN…………………………………………………………………………………………. . che la persona delegate ad operatore su tale conto sono:

Nome e Cognome……………………………………………………………….

C.F. .....................................................................

Nome e Cognome…………………………………………………………..

C.F. ...........................................................................

che la dichiarante utilizzerà per tutte le proprie transizioni relative alla commessa pubblica il conto corrente dedicato sopra indicato, comprese le transizioni verso i propri subcontraenti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma digitale del legale rappresentante

dell’operatore economico

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. La dichiarazione deve essere effettuata da un legale rappresentante o da un procuratore speciale. In quest’ultimo caso deve essere fornito dall’impresa la procura speciale da cui trae i poteri di firma. [↑](#footnote-ref-2)
2. **2** Inserire la dicitura opportuna tra: “Impresa singola” o “Capogruppo di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)” o “mandante di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)” [↑](#footnote-ref-3)