

Spett.le
APAC – Servizio Procedure di Gara e Contratti
c/o Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Ufficio Protocollo
via Degasperi n. 79
38123 – TRENTO

Oggetto: *Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di ausili per la comunicazione e l'informazione di cui all'elenco 2 del D.M. 332/99 (nomenclatore tariffario), suddivisa in 10 lotti, occorrenti all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.*

ELENCO INDIRIZZI ENTI COMPETENTI PER LE VERIFICHE

TIPOLOGIA di VERIFICA	ENTE competente per le verifiche	INDIRIZZO dell'ENTE (Via/Piazza, CAP, Città, Prov.)	Recapiti dell'ENTE (campi obbligatori)
Richiesta di comunicazione antimafia ex art. 87 del DLgs n. 159/2011 o di informazione antimafia ai sensi dell'art. 91 del DLgs n. 159/2011	UFFICIO ANTIMAFIA c/o la Prefettura U.T.G. di _____	Via _____ CAP _____, Città _____ (___)	Tel. _____ PEC _____ _____
Violazioni rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse da parte dell'Impresa	AGENZIA DELLE ENTRATE di _____	Via _____ CAP _____, Città _____ (___)	Tel. _____ PEC _____ _____
Ottemperanza agli obblighi in materia di collocamento dei disabili previsti dall'art.17 della L. n. 1999, n. 68/1999	PROVINCIA di _____	Via _____ CAP _____, Città _____ (___)	Tel. _____ PEC _____ _____

TIPOLOGIA DI VERIFICA: assenza di procedimenti per l'applicazione delle **misure di prevenzione** di cui all'art. 3 della L. 27 dicembre 1956 n. 1423 nei confronti dei soggetti che devono possedere i requisiti generali di partecipazione indicati all'art. 38 del D.Lgs. 163/2006

ENTE COMPETENTE PER LA VERIFICA: Ufficio misure di Prevenzione c/o Tribunali (*)

NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE, CARICA del soggetto sottoposta a verifica	RESIDENZA ANAGRAFICA del soggetto sottoposto a verifica	ENTE competente per le verifiche	INDIRIZZO dell'ENTE (Via/Piazza, CAP, Città, Prov.)	Recapiti dell'Ente
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ (____) in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____(____)	Tel. _____ PEC _____
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ (____) in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____(____)	Tel. _____ PEC _____
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ (____) in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____(____)	Tel. _____ PEC _____
Sig. _____ _____ _____	residente a _____ (____) in Via _____ - CAP _____	<u>UFFICIO MISURE DI PREVENZIONE</u> c/o il Tribunale di _____	(*) Via _____ - CAP _____, Città _____(____)	Tel. _____ PEC _____

Data _____

Timbro e firma _____

(*) Nel presente campo dovranno essere inseriti i dati dei Tribunali territorialmente competenti all'effettuazione delle verifiche relative all'assenza di procedimenti per l'applicazione di misure di prevenzione (art. 3 L.27/12/1956 n. 1423) di ciascuno dei soggetti che devono possedere i requisiti generali di partecipazione indicati all'art. 38 del D.Lgs. 163/2006 (il titolare e il direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale; i soci e il direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari ed i direttori tecnici se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza e i direttori tecnici -ovvero il socio unico o il socio di maggioranza, in caso di società con meno di quattro soci- se si tratta di altro tipo di società). Il Tribunale di riferimento deve essere individuato in base alla residenza anagrafica del soggetto, che si chiede di specificare.