

**Progetto "Hub Life Science-Terapia Avanzata PNC-E3-2022-23683269 - PNC-HLS-TA",
finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Piano Nazionale per gli investimenti
Complementari al PNRR "Ecosistema Innovativo della Salute"**

CUP: H63C22000650001 - WBS: HPNR0004

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSI DEL TITOLARE
EFFETTIVO/RAPPRESENTANTE LEGALE NELL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI
NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI A VALERE SUL PNRR**

**OGGETTO DELLA PROCEDURA: Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 76, comma 2, lettera
b), D.lgs. 36/2023 per la l'acquisizione di n. 2 (due) apparecchiature CliniMACS (1 Prodigy e 1
Plus), comprensive di protocolli di qualificazione e manutenzione full risk 4 anni post garanzia
e della fornitura quinquennale, in somministrazione, di kit e reagenti per entrambe le
apparecchiature.**

CIG

La/Il sottoscritta/o _____, nata/o a _____, il
_____, CF _____, in qualità di
_____ (es. titolare effettivo, rappresentante legale, procuratore, etc.)
dell'impresa/ente _____, P.IVA/C.F. _____, con sede in
_____, individuata/o quale Soggetto realizzatore impegnato nell'esecuzione del progetto
_____ della Missione 6 Componente 2 -
investimento: 2.1 "Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN"

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle
responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art.
76 del D.P.R. medesimo,

- 1) ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale ed europea in tema di antiriciclaggio (cfr. d.lgs. n.
231/2007 ss.mm. e Direttiva EU 2015/849 ss.mm.);
 - a. di essere l'unico titolare effettivo della società/impresa sopra indicata;

- b. ovvero, alternativamente che non esiste un titolare effettivo dell'impresa dal momento che
(specificare la motivazione: impresa quotata, impresa ad azionariato diffuso, ecc.):

_____;
_____;

- c. ovvero, alternativamente di essere titolare effettivo dell'impresa unitamente a:

Nome _____ Cognome _____ nata/o a
_____ (prov. _____) il _____ C.F.
_____ residente a _____ (prov. _____) in
via/piazza _____ n. _____ CAP _____ indirizzo e-mail/PEC
_____ tel. _____

- 2) ai sensi dell'art. 1 comma 9 della legge n. 190/2012:

- a. di non avere rapporti di coniugio, unioni civili ai sensi della L. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado, con i dirigenti e i dipendenti del Ministero della Salute coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe;
- b. ovvero, alternativamente di avere le seguenti relazioni di coniugio, unioni civili ai sensi della l. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado con i dirigenti e i dipendenti del Ministero della Salute e coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe: _____
_____;
- c. di non avere avuto nel corso del precedente triennio e di non avere ancora in corso, né in prima persona né per il tramite di coniuge o convivente, propri parenti o affini entro il II grado, rapporti finanziari con i dirigenti o dipendenti del Ministero della Salute e coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe e con i quali il sottoscritto potrà venire in contatto in occasione delle attività connesse all'esecuzione del progetto citato in premessa;
- d. ovvero, alternativamente di avere avuto nel corso del precedente triennio e/o di avere ancora in corso, in prima persona o per il tramite di coniuge o convivente, propri parenti o affini entro il II grado, i seguenti rapporti finanziari con i dirigenti o dipendenti del Ministero della Salute e coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe e con i quali il sottoscritto potrà venire in contatto in occasione delle attività connesse all'esecuzione del progetto citato in premessa _____
_____;
- e. che non esistono rapporti di coniugio, unioni civili ai sensi della L. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado, rapporti finanziari a vario titolo tra gli amministratori, i soci e i dipendenti dell'impresa/Ente di cui il sottoscritto è titolare effettivo,

e i dirigenti e i dipendenti del Ministero della Salute e coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe;

- f. ovvero, alternativamente che esistono i seguenti rapporti di coniugio, unioni civili ai sensi della L. n. 76 del 2016, situazioni di convivenza, relazioni di parentela, affinità entro il II grado, rapporti finanziari a vario titolo tra gli amministratori, i soci e i dipendenti dell'impresa/Ente di cui il sottoscritto è titolare effettivo e i dirigenti e i dipendenti del Ministero della Salute e coinvolti nell'attuazione dell'intervento indicato in epigrafe:

—;

- 3) di aver preso visione dell'ultimo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) del Ministero della salute;
- 4) di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale;
- 5) di impegnarsi a mantenere riservati tutti i dati e le informazioni di cui in possesso in ragione delle attività svolte, a non divulgarli e a non farne un uso illecito;
- 6) di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva opportunamente aggiornata;
- 7) di prestare il proprio consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. lgs. 196/2003, come modificato dal D. lgs 101/2018, affinché i propri dati possano essere trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento e delle attività connesse all'attuazione del suddetto progetto con riferimento al quale viene resa la presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma digitale del legale rappresentante

in formato PADES
