Allegato 5

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL PATTO DI INTEGRITÀ DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IN MATERIA DI INCOMPATIBILITÀ SUCCESSIVA IMPEGNOIN MATERIA DI INCOMPATIBILITÀ SUCCESSIVA

Il/la sottoscritto/a ……………………………… nato/a a……………… (…), il ……………, e residente a …………………… (…), in via …………………, cap ……………, domiciliato/a a ……………………… (…), in via ………………………, cap ……………, codice fiscale/partita iva ……………………… , indirizzo PEC ………………………, indirizzo posta elettronica ordinaria …………………, nella qualità di titolare/legale rappresentante[[1]](#footnote-1) della ditta/società[[2]](#footnote-2) “…………………” , con sede a …………………… in via ………………, cap, ……………, codice fiscale/partita iva[[3]](#footnote-3) …………………, iscritta al Registro delle imprese al numero …………………, con riferimento all’avviso pubblico[[4]](#footnote-4)………………………… indetto dal GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. relativo all’ intervento 16.4.1 - Cooperazione di filiera,orizzontale e verticale,per la creazione e lo Sviluppo di filiere corte e mercati locali.

**presa visione**

del *Patto di integrità* di cui alla DGR n. 33 del 30 gennaio 2019,

**dichiara**

di accettare integralmente, in quanto applicabile alla concessione di sovvenzioni volte a concedere in generale vantaggi o utilità al privato (PTPCT, § 4.1.7), quanto previsto nel suddetto *Patto di integrità*, con particolare riguardo alle seguenti clausole:

* insussistenza di rapporti di lavoro autonomo o subordinato con *ex* dipendenti della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL \_POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. presso i soggetti privati destinatari dell’attività della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL \_POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. svolta attraverso i medesimi poteri;
* obbligo di dare comunicazione tempestiva alla Pubblica Autorità competente dei tentativi di concussione e di qualsiasi illecita richiesta o pretesa da parte di dipendenti della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. , o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla realizzazione degli interventi ammessi a contributo, che si siano in qualsiasi modo manifestati nei confronti propri, degli organi sociali o dei dirigenti della propria ditta/società.

Data……………………

 Firma per esteso e leggibile

…………………………

* Il/La sottoscritto/a, in relazione a quanto sopra dettagliato, *consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000*,

**dichiara**

* in relazione alle attività economiche del/la sottoscritto/a la insussistenza di rapporti di lavoro autonomo o subordinato tra il/la sottoscritto/a ed ex dipendenti della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. presso i soggetti privati destinatari dell’attività della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. svolta attraverso i medesimi poteri;[[5]](#footnote-5).

Data……………………

Firma per esteso e leggibile

…………………………

* il/la sottoscritto/a, in relazione a quanto sopra dettagliato,

**si impegna**

a non costituire rapporti di lavoro autonomo o subordinato tra il sottoscritto ed ex dipendenti della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto d della Regione Calabria – Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e/o del GAL POLLINO SVILUPPO S.C. A R.L. presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri per tutta la durata della sovvenzione e sino alla concorrenza di anni tre dalla cessazione dal servizio dei suddetti dipendenti.

In fede.

Data……………………

Firma per esteso e leggibile

 ……………………

1. Barrare la indicazione che NON interessa. [↑](#footnote-ref-1)
2. Barrare la indicazione che NON interessa. [↑](#footnote-ref-2)
3. Barrare la indicazione che NON interessa. [↑](#footnote-ref-3)
4. Barrare le indicazioni che NON interessano. [↑](#footnote-ref-4)
5. Allegare copia di documento di riconoscimento in corso di validità. [↑](#footnote-ref-5)