

CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA DI VERONA		
Modello ROLF 57	Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al requisito di onorabilità	Numero protocollo della istanza a cui si allega la dichiarazione (a cura dell'ufficio)
		Prot. N. _____

La/il sottoscritta/o ¹ _____
 codice fiscale _____

in qualità di legale rappresentante/amministratore socio di s.n.c socio accomandatario
 institore/procuratore

consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

che nei propri confronti:

- non è stata pronunciata sentenza penale definitiva di condanna o non siano in corso procedimenti penali nei quali sia già stata pronunciata sentenza di condanna per reati non colposi a pena detentiva superiore a tre anni salvo che sia intervenuta la riabilitazione;
- non è stata pronunciata sentenza di condanna a pena detentiva con sentenza passata in giudicato ricettazione, riciclaggio, insolvenza fraudolenta, bancarotta fraudolenta, usura, sequestro di persona a scopo di estorsione, rapina, salvo che sia intervenuta la riabilitazione;
- non è stata comminata la pena accessoria dell'interdizione dall'esercizio di una professione o di un'arte o dell'interdizione dagli uffici direttivi delle imprese;
- non sono state applicate misure di sicurezza o di prevenzione ai sensi del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia) e della legge 13 settembre 1982, n. 646, e successive modificazioni, o assenza di procedimenti penali in corso per reati di stampo mafioso; - non sono state accertate contravvenzioni per violazioni di norme in materia di lavoro, di previdenza e di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, non conciliabili in via amministrativa, in particolare per le società cooperative, violazioni della legge 3 aprile 2001, n. 142.

_____, il ____ / ____ /202__

<small>luogo (comune)</small>	
Nome e cognome di chi firma (IN STAMPATELLO):	Firma :(legale rappresentante/ amministratore socio di s.n.c. / socio accomandatario / institore / procuratore)

AVVERTENZE: il presente modello deve essere identificato con il codice documento "C23". ¹ Ogni soggetto interessato (gli amministratori e i legali rappresentanti di ogni tipo di società, tutti i soci di s.n.c., tutti i soci accomandatari di s.a.s. e s.a.p.a., gli institori e i procuratori) deve compilare e sottoscrivere la presente dichiarazione. Alla presente dichiarazione deve sempre essere allegato il documento di identità di chi sottoscrive in corso di validità (*il documento non va allegato solo se la dichiarazione sostitutiva è sottoscritta dall'interessato con dispositivo di firma digitale o con carta nazionale dei servizi*).