

Spett.le  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri della provincia di Roma  
Via Giovanni Battista De Rossi, 9  
00161 Roma

[info@ordinemediciroma.it](mailto:info@ordinemediciroma.it)  
[protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it)

### MODULO PROPOSTA CONVENZIONE

Categoria merceologica

- Teatri - Musei - Mostre
- Articoli e servizi per uffici/studi (cancelleria, arredamento, servizi, attrezzature)
- Asili e scuole (e centri estivi)
- Prodotti assicurativi (solo convenzioni dirette con casa madre, NO Broker o agenzie di intermediazione assicurativa)
- Prodotti bancari (conti correnti, carte, mutui, prestiti: solo convenzioni dirette con Istituti Bancari non intermediari o consulenti)
- Prodotti editoriali (abbonamenti periodici, librerie)
- Mobilità (vendita auto/moto, noleggio lungo termine, assistenza auto/moto, NCC, parking)
- Servizi per la persona (terme, centri benessere, circoli sportivi)
- Corsi di lingue - Formazione
- Informatica (vendita e assistenza)
- Telefonia (vendita e noleggio apparati, servizi voce e dati)
- Processo civile elettronico
- Fatturazione elettronica
- Varie – Forniture per appartamenti e negozi (serramenti ed infissi, parquet, ristrutturazioni).

Ditta/Società convenzionata

\_\_\_\_\_

*Referente per comunicazioni*

Sig. \_\_\_\_\_

Recapiti

Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Referente per i fruitori della convenzione

Sig. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Sito internet della Ditta/Società

www. \_\_\_\_\_

Descrizione dei prodotti/servizi offerti

---

---

---

---

---

---

---

Proposta di favore dedicata all'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri (indicare listino prezzi generale e tariffe dedicate all'Ordine)

---

---

---

---

---

---

---

**COMPILARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI E ALLEGARE PRESENTAZIONE GENERALE DELLA SOCIETA'.**

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

---

---

All.c.s.

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Titolare
- Legale Rappresentante
- Procuratore

della Ditta/Società \_\_\_\_\_

con Sede Legale in \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

P.I.: \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE C.C.I.A.A.: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Matricola INPS (**con dipendenti**) n. \_\_\_\_\_ presso la Sede  
di \_\_\_\_\_

Matricola INPS (**posizione personale**) n. \_\_\_\_\_ presso la Sede  
di \_\_\_\_\_

**(n.b.: in caso di mancata iscrizione Inps/Inail, precisarne le ragioni con nota a parte da allegare alla presente, specificando anche eventuale diverso fondo di iscrizione)**

**consapevole delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità**

DICHIARA

- di non incorrere nei motivi di esclusione di cui agli artt. nn. 94 e 95 del D. Lgs. n. 36/2023;
- l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la P.A.;
- che, al fine dell'applicazione dell'art. 53 comma 16 ter del D. Lgs. 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage), non ha concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Ordine, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Amministrazione nei propri confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- che non sussistono situazioni, anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi della normativa vigente;
- di aver preso piena cognizione del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di comportamento in vigore presso l'Ordine e pubblicato sul sito web sezione Amministrazione trasparente [LINK](#).

**Allega copia del seguente documento d'identità**

In fede, firmato

ROMA,

**\*\*Si raccomanda la massima attenzione alla dichiarazione onde evitare le sanzioni penali e amministrative connesse di falso e alla mancata prova di quanto dichiarato. L'Amministrazione si riserva di fare i controlli previsti per la comprova di tali requisiti.**