

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

## Allegato 1) Domanda di partecipazione

Alla Direzione Regionale INAIL  
per il Molise  
Via Insorti d'Ungheria, 70  
86100- Campobasso

### **PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI 3 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO- PSICOTERAPEUTA PER LE SEDI INAIL DELLA REGIONE MOLISE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

di voler partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico di  
"PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA" nella qualità di (barrare l'ipotesi che ricorre):

- persona fisica
- persona giuridica

**Per una delle sedi INAIL Molise**, di seguito indicate :

- Campobasso: n. 1 incarico;
- Isernia: n. 1 incarico;
- Termoli: n. 1 incarico;

(solo nel caso di persona giuridica)

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

Dichiara che lo studio professionale è ubicato a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Partecipando nella qualità di persona giuridica il sottoscritto dichiara che il professionista  
incaricato in qualità di 'PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA' è il

dott. \_\_\_\_\_.

In fede: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Leggibile

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di  
identità valido a tutti gli effetti di legge e copia del codice fiscale.

In fede: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Leggibile

## **Allegato 2) Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000**

Alla Direzione Regionale INAIL  
per il Molise  
Via Inforti d'Ungheria, 70  
86100 - Campobasso

### **PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI 3 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA PER LE SEDI INAIL DELLA REGIONE MOLISE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
con studio (o sede legale) in Via \_\_\_\_\_  
del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_  
Tel/Cell \_\_\_\_\_;

#### **DICHIARA**

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti:

- di non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego;
- di non esercitare funzioni di ordine fiscale per conto dell'INAIL;
- di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o straniero regolarmente soggiornante;
- di essere residente a \_\_\_\_\_;
- di non avere in corso provvedimenti/procedimenti collegati ad inadempienze nell'ambito della propria attività, per effetto delle quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- di non essere a conoscenza dell'incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto;
- di non essere a conoscenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni;
- di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
- di essere in regola con i pagamenti relativi a imposte e tasse;
- di assicurare reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- di assicurare il rispetto della riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del d.lgs. 196/2003, e del Reg. UE n. 679/2016 e successive modifiche e integrazioni in materia di protezione dei dati personali, e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;
- di avere visionato tutta la documentazione di procedura e di accettare integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione a decorrere dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ della Provincia/Regione di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito i Crediti formativi obbligatori, ove previsto, secondo le vigenti disposizioni in materia;

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di versamento contributivo (*barrare l'opzione ricorrente*):

- SI
- NO

di essere in possesso del seguente codice fiscale  
\_\_\_\_\_;

di essere titolare della seguente partita IVA  
\_\_\_\_\_;

di aver aderito al regime fiscale es. agevolato, forfettario, contribuenti minimi. (specificare la legge, l'articolo e l'anno) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (da indicare in ogni fattura );

che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è il seguente:

\_\_\_\_\_ e

che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata a codesta Amministrazione.

Che gli studi medici presso cui esercita abitualmente sono siti in:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Di aver contratto adeguata assicurazione (come previsto del capitolo n. 7 dell'avviso relativo alla procedura di cui) avente i seguenti estremi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati per lo svolgimento del presente incarico e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Reg. UE n. 679/2016 e successive modifiche e integrazioni in materia di protezione dei dati personali, e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL - DIREZIONE

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

REGIONALE PER IL MOLISE, anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti dalle PP.AA.

In Fede

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

Il/la sottoscritto/a dichiara: *(barrare l'opzione scelta)*:

Titoli professionali:

---

---

---

---

---

---

Corsi di formazione:

---

---

---

---

---

---

Qualificazione professionale, Pubblicazioni scientifiche:

---

---

---

---

---

---

Esperienza professionale in materia di disabilità (monte ore settimanali)

---

---

---

---

---

---

---

---

Per i servizi analoghi svolti dovrà essere elencato: tipo incarico, data inizio e fine e i dati del committente, specificando se trattasi di Ente pubblico o privato accreditato, presso il quale si è svolto l'incarico.

In Fede

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'INAIL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445, potrà effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

**MANIFESTA**

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003, dal Reg. UE n. 679/2016 e successive modifiche e integrazioni in materia di protezione dei dati personali.

**SI IMPEGNA**

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito.

La presente dichiarazione è costituita di n. \_\_\_\_\_ pagine (apporre la propria firma anche sulla prima pagina).

Si allega alla presente domanda:

- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità
- Curriculum vitae in formato europeo
- Altro:

---

---

In fede: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma Leggibile

# ALLEGATO 3) Curriculum vitae – formato Europeo

## FORMATO EUROPEO PER IL CURRICULUM VITAE



### INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

[**COGNOME, Nome, e, se pertinente, altri nomi**]

Indirizzo

[**Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese**]

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

[Giorno, mese, anno]

### ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro
  - Tipo di azienda o settore
    - Tipo di impiego
  - Principali mansioni e responsabilità

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

### ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
  - Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

**CAPACITÀ E COMPETENZE****PERSONALI**

*Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.*

MADRELINGUA

**[ Indicare la madrelingua ]**

ALTRE LINGUA

**[ Indicare la lingua ]**

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

[ Indicare il livello: eccellente, buono, elementare. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE****RELAZIONALI**

*Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE****ORGANIZZATIVE**

*Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE****TECNICHE**

*Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**CAPACITÀ E COMPETENZE****ARTISTICHE**

*Musica, scrittura, disegno ecc.*

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE**

***Competenze non precedentemente indicate.***

[ Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite. ]

**PATENTE O PATENTI****ULTERIORI INFORMAZIONI**

[ Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc. ]

**ALLEGATI**

[ Se del caso, enumerare gli allegati al CV. ]

Autorizzo il trattamento dei mie dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Allegato 4) Dichiarazione di impegno alla riservatezza

Alla Direzione Regionale INAIL  
per il Molise  
Via Inforti d'Ungheria, 70  
86100 Campobasso.

### PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI 3 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO- PSICOTERAPEUTA PER LE SEDI INAIL DELLA REGIONE MOLISE

#### DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_;

#### DICHIARA

di impegnarsi al rispetto della riservatezza dei dati, situazioni e comunque di tutto quanto si venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta ed a non divulgare detti elementi, anche a fini scientifici, senza l'esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;

#### DICHIARA

di aver visionato tutta la documentazione di procedura e, conseguentemente, l'accettazione integrale e senza riserve delle prescrizioni, condizioni ed oneri.

In fede: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma Leggibile

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

## **Allegato 5) Dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità/incompatibilità dell'incarico**

Alla Direzione Regionale INAIL  
per Molise  
Via Insorti d' Ungheria, 70  
86100 Campobasso

### **PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI 3 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO- PSICOTERAPEUTA PER LE SEDI INAIL DELLA REGIONE MOLISE**

(Art. 20 D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_, consapevole che chiunque rilasci  
dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000

#### **DICHIARA**

che non sussistono situazioni di inconferibilità / incompatibilità ai sensi del D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 che impediscano l'espletamento dell'incarico di consulente psicologo esterno.

Per tutta la durata dell'incarico, i professionisti selezionati non dovranno trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità / incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013 e ss. i. e m., nonché dell'art. 53, co. 16 ter, D.Lgs. 165/2001.

Laddove ciò si dovesse determinare, i professionisti si obbligano a darne immediata comunicazione all'INAIL.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 196/2003, e dal Reg. UE n. 679/2016 e successive modifiche e integrazioni in materia di protezione dei dati personali, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

In fede: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

Firma Leggibile

## Allegato 6) Estremi identificativi del conto corrente dedicato

Alla Direzione Regionale INAIL  
per il Molise  
Via Insorti d'Ungheria, 70  
-86100 - Campobasso

### PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI 3 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO- PSICOTERAPEUTA PER LE SEDI INAIL DELLA REGIONE MOLISE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_;

al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, comma 7 L. 13/8/2010 n° 136, relativi ai pagamenti corrispondenti alle varie fasi di esecuzione/consegna dell'appalto/affidamento

#### COMUNICA

l'attivazione del conto corrente dedicato alla gestione dei movimenti finanziari relativi all'appalto / agli appalti / commesse pubbliche a far data dal \_\_\_\_\_, presso la Banca \_\_\_\_\_ / Poste Italiane Spa \_\_\_\_\_;

oppure

l'esistenza del conto corrente dedicato alla gestione dei movimenti finanziari relativi all'appalto/agli appalti/commesse pubbliche a far data dal \_\_\_\_\_, presso la Banca \_\_\_\_\_/Poste Italiane SPA \_\_\_\_\_;

Dati identificativi del conto corrente:

Banca (denominazione completa)

\_\_\_\_\_

Agenzia / Filiale (denominazione e indirizzo)

\_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_

CIN \_\_\_\_\_

Intestatario del conto \_\_\_\_\_

In fede: \_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma Leggibile

## **Allegato 7) Patto d'Integrità'**

Alla Direzione Regionale INAIL  
per il Molise  
Via Insorti d'Ungheria, 70  
86100- Campobasso

### **PATTO DI INTEGRITA' TRA L'INAIL E GLI OPERATORI ECONOMICI PARTECIPANTI ALLA STIPULA DI ACCORDI DI COLLABORAZIONE**

#### **PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI 3 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO- PSICOTERAPEUTA PER LE SEDI INAIL DELLA REGIONE MOLISE**

*Il presente Patto di integrità, approvato con Determina del Presidente dell'INAIL del 4 giugno 2014 n. 149, deve essere obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme alla propria offerta da ciascun partecipante alla gara in epigrafe. La mancata consegna di questo documento debitamente sottoscritto dal rappresentante legale del soggetto concorrente comporterà l'esclusione dalle gara.*

*Il presente documento debitamente sottoscritto dal rappresentante legale del soggetto aggiudicatario costituirà parte integrante del contratto che sarà stipulato dall'INAIL.*

\* \* \*

Con il presente Patto d'Integrità viene sancita la reciproca, formale obbligazione dell'INAIL e dei partecipanti alla gara in epigrafe di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espresso impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'INAIL impiegati ad ogni livello nell'espletamento di questa gara e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato, sono a conoscenza del contenuto del presente Patto d'Integrità, il cui spirito condividono pienamente, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto dello stesso Patto.

L'INAIL si impegna a pubblicare i dati più rilevanti riguardanti la gara in adempimento degli obblighi previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il sottoscritto soggetto concorrente si impegna a segnalare all'INAIL qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato, addetto ovvero dipendente, collaboratore o consulente dell'INAIL nonché di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in epigrafe.

Il sottoscritto soggetto concorrente dichiara di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara e che la propria offerta è improntata a serietà, integrità, indipendenza e segretezza.

Il sottoscritto soggetto concorrente dichiara che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara per limitare con mezzi illeciti la concorrenza.

Il sottoscritto soggetto concorrente, in caso di aggiudicazione si impegna a riferire tempestivamente all'INAIL ogni illecita richiesta di denaro prestazione o altra utilità, ovvero offerta di protezione che venga comunque avanzata nel corso di esecuzione dell'appalto nei confronti di un proprio rappresentante agente o dipendente. Il sottoscritto prende altresì atto che analogo obbligo dovrà essere assunto da ogni altro soggetto che intervenga, a qualunque titolo, nell'esecuzione dell'appalto e che tale obbligo non è in ogni caso sostitutivo dell'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria dei fatti attraverso i quali sia stata posta in essere la pressione estorsiva e ogni altra forma di illecita interferenza. Il sottoscritto è consapevole e accetta che, nel caso in cui non comunichi i tentativi di pressione criminale, il contratto si risolverà di diritto.

Il personale dipendente, i collaboratori ed i consulenti dell'Istituto sono obbligati a riferire tempestivamente all'Amministrazione ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione che venga avanzata nel corso dell'esecuzione dell'appalto e, sottoscrivendo il presente patto, il soggetto concorrente assume gli stessi obblighi.

I soggetti di cui al precedente capoverso che vengano a conoscenza di accordi, intese, atti ovvero altra attività posti in essere da ex dipendenti dell'Istituto, in occasione del rapporto di lavoro e della posizione ordinamentale precedentemente ricoperta (c.d. *Pantouflage*) e correlati all'affidamento del contratto, sono tenuti a darne immediata notizia all'Amministrazione ai fini delle conseguenti determinazioni da assumere in ordine ai richiamati ex dipendenti ovvero dell'appalto in corso.

Il sottoscritto soggetto concorrente, si impegna a:

- mettere a disposizione a richiesta della stazione appaltante anche tutte le informazioni sul proprio personale anche ai fini del rispetto della contrattazione collettiva di riferimento;
- rendere noti, su richiesta dell'INAIL, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto eventualmente assegnatogli a seguito delle gara in epigrafe inclusi quelli eseguiti a favore di intermediari e consulenti. La remunerazione di questi ultimi non deve superare il congruo ammontare dovuto per servizi legittimi;

DIREZIONE REGIONALE  
MOLISE

a non conferire incarichi o stipulare contratti con i soggetti di cui all'art. 53, comma 16-ter del DLgs n. 165/2001.

Il sottoscritto soggetto concorrente prende atto e accetta che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con questo Patto di Integrità, comunque accertato dall'Amministrazione e fatte salve specifiche ulteriori previsioni di legge potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- risoluzione o perdita del contratto;
- escussione della cauzione di validità dell'offerta;
- escussione della cauzione di buona esecuzione del contratto;
- responsabilità per danno arrecato all'INAIL nella misura dell'8% del valore del contratto, impregiudicata la prova dell'esistenza di un danno maggiore;
- responsabilità per danno arrecato agli altri concorrenti della gara nella misura dell'1% del valore del contratto per ogni partecipante, sempre impregiudicata la prova predetta;
- cancellazione dagli elenchi degli operatori economici dell'INAIL;
- esclusione del concorrente dalle gare indette dall'INAIL per 5 anni.

Il presente Patto di Integrità e le sanzioni applicabili resteranno in vigore fino alla completa esecuzione del contratto affidato a seguito della gara in epigrafe.

Eventuali eventi corruttivi o altre fattispecie di illecito dovranno essere segnalati al responsabile unico del procedimento e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'INAIL.

Ogni controversia relativa all'interpretazione, ed esecuzione del presente Patto d'Integrità fra l'INAIL e i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Timbro e firma del professionista