

DICHIARAZIONE EQUIVALENZA CCNL APPLICATO (eventuale)

**PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER LA FORNITURA DI SISTEMI ANALITICI
COMPLETI PER L'EFFETTUAZIONE DI ESAMI DI LABORATORIO**

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
ex artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ in qualità di _____
della Ditta/GEIE/ Consorzio _____
con sede legale in: via/piazza _____
Comune _____ Prov. _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____
Iscrizione al Registro delle Imprese N. _____ di _____

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA

- di applicare al proprio personale il seguente CCNL(indicare il CCNL applicato) identificato dal codice alfanumerico unico, di cui all'art. 16-quarter del D.L. n. 76/2020, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 120/2020, che garantisce le stesse tutele economico e normative rispetto a quello indicato nel disciplinare di gara;
- ai fini della prova dell'equivalenza normativa si riportano di seguito i dati relativi al sopra indicato CCNL con riferimento ai seguenti istituti:

<u>Istituti verifica equivalenza normativa</u>	<u>Indicazioni per la compilazione</u>	<u>Disciplina nel CCNL applicato</u>
<u>Lavoro supplementare</u>	<u>Numero massimo ore/anno</u>	
<u>Clausole elastiche part time</u>	<u>Numero minimo ore .../settimanali/annuali</u>	
<u>Lavoro straordinario</u>	<u>Max ore anno</u>	
<u>Ex festività soppresse (permessi individuali)</u>	<u>Indicare la disciplina compensativa</u>	
<u>Durata periodo di prova</u>	<u>Specificare il dato con riferimento a tutti i livelli/qualifiche</u>	

Istituti verifica equivalenza normativa	Indicazioni per la compilazione	Disciplina nel CCNL applicato
<u>Durata periodo di preavviso</u>	<u>Specificare il dato con riferimento a tutti i livelli/qualifiche</u>	
<u>Durata del periodo di comporto</u>		
<u>Malattia e infortunio</u>	<u>Indicare il trattamento garantito</u>	
<u>Maternità ed eventuale riconoscimento di un'eventuale integrazione delle relative indennità per astensione obbligatoria e facoltativa</u>	<u>Indicare il trattamento garantito</u>	
<u>Monte ore permessi retribuiti</u>		
<u>Bilateralità</u>	<u>NO/SI (specificare)</u>	
<u>Previdenza integrativa</u>		
<u>Sanità integrativa</u>		

- che l'equivalenza dichiarata si basa sulla seguente documentazione (allegata alla presente dichiarazione):

FIRMA

*Documento sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005
s.m.i. e norme collegate*

Il documento dovrà essere SOTTOSCRITTO CON FIRMA DIGITALE dal legale rappresentante del concorrente