



G CONSELLERIA
O TREBALL, COMERÇ
I INDÚSTRIA
B SERVEI OCUPACIÓ
/ ILLES BALEARS

ANEXO I

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORITZACIÓN DE CONSULTA TELEMÁTICA A LA AGENCIA ESTATAL DE LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

..... (nombre y apellidos), con
DNI, y domicilio a efectos de notificación (calle/plaza)
..... núm.....,
población, CP,
teléfono, fax, en nombre propio o en representación
de la persona física/jurídica:
..... con NIF y con
domicilio(calle/plaza)
..... núm, población
....., CP, teléfono y dirección de
correo electrónico habilitado

DECLARO:

1. Que cumpla / Que la empresa que represento cumple con los requisitos de capacidad y representación exigidos para contratar.
2. Que no me encuentre incurso / Que la persona física/jurídica a la que represento ni sus administradores o representantes están incursos en ninguno de los supuestos a los que se refiere el artículo 71 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público; ni en ninguno de los supuestos a los que se refiere la Ley 2/1996, de 19 de noviembre, de Incompatibilidades de los Miembros del Govern y de los Altos Cargos de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, y el reglamento, aprobado por Decreto 250/1999, de 3 de diciembre.
3. Que dispongo / Que la empresa que represento dispone de la habilitación empresarial o profesional exigida para llevar a cabo la actividad o prestación objeto del contrato.

4. Que, en relación a este procedimiento de contratación:

☐ Me opongo a que el Servicio de Ocupación de las Illes Balears efectúe las consultas telemáticas necesarias a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria y a la Tesorería General de la Seguridad Social, a los efectos de comprobar el cumplimiento de la obligación de estar al corriente de las obligaciones tributarias y de la seguridad social, de acuerdo con el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

☐ Aporto justificantes oficiales de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias con la Agencia Estatal de la Administración Tributaria y con la Seguridad Social.

....., de de
(Lugar, fecha y firma)