



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Via Torraca, 3 85100 Potenza
Codice Fiscale/Partita IVA 01722360763



ISO9001-Cert. N. 6542/0

U.O. con Sistema Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2008

REGIONE BASILICATA

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO PER CINQUE ANNI DEL SERVIZIO DI
MANUTENZIONE INTEGRALE OMNICOMPRESIVA “FULL RISK” DEGLI IMPIANTI ELEVATORI
DELL’A.S.P. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA**

ALLEGATO N. 5

**SCHEMA DI MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE PER LE IMPRESE CONCORRENTI
[da presentarsi nel solo caso di utilizzo dell’istituto dell’avvalimento (art. 49 D.Lgs. 163/06)]**

Versione 1.00



DICHIARAZIONI del CONCORRENTE

(da rendere in carta libera, compilata e sottoscritta, in conformità al presente modello)

Alla Azienda

Oggetto: procedura aperta per l'affidamento per tre anni (con eventuale proroga tecnica di mesi sei) del servizio di Manutenzione Integrale Omnicomprensiva "Full Risk" degli Impianti Elevatori dell'A.S.P. Azienda Sanitaria Locale Di Potenza

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
dell'impresa _____
con sede in _____
con codice fiscale / Partita I.V.A. n. _____
recapito telefonico _____, numero fax _____

con espresso riferimento all'impresa che rappresenta ed in qualità di concorrente alla gara a procedura aperta in oggetto, come (barrare la casella che interessa):

- # impresa singola
- # facente parte di:
 - Raggruppamento Temporaneo di Imprese
già costituito (si allega alla presente istanza in originale, ovvero in copia conforme autenticata, dell'atto di conferimento);
ancora da costituire;
 - consorzio o GEIE (gruppo europeo di interesse economico)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (T.U. in materia di documentazione amministrativa), consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del predetto DPR, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti pubblici,

1. **DICHIARA**, ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs. 163/2006, che intende avvalersi della/e seguente/i impresa/e per il soddisfacimento dei sotto elencati requisiti mancanti:
 - a. requisito mancante _____
impresa ausiliaria _____
 - b. requisito mancante _____
impresa ausiliaria _____
 - c. requisito mancante _____
impresa ausiliaria _____
 - d. requisito mancante _____
impresa ausiliaria _____
2. **DICHIARA** che le imprese ausiliarie sopra indicate non partecipano a loro volta alla stessa gara, né in forma singola né in forma di raggruppamento o consorzio né in qualità di ausiliaria di altra impresa concorrente, e neppure si trovano in una situazione di controllo con una delle altre imprese partecipanti alla gara;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



Via Torraca, 3 85100 Potenza
Codice Fiscale/Partita IVA 01722360763

ISO9001-Cert. N. 6542/0
U.O. con Sistema Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2008

3. **ALLEGA**, per ciascuna impresa ausiliaria:

- a. **originale** (o copia conforme autenticata) del contratto attestante che l'impresa ausiliaria si obbliga, nei suoi confronti, a fornire i propri requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto, rendendosi inoltre responsabile in solido nei confronti della stazione appaltante, in relazione alle prestazioni oggetto dell'appalto; ovvero (per le imprese appartenenti al medesimo gruppo)
- b. **dichiarazione sostitutiva** attestante il rapporto giuridico ed economico esistente nel gruppo, dal quale discendono i medesimi obblighi di responsabilità in solido nei confronti della stazione appaltante, in relazione alle prestazioni oggetto dell'appalto;
- c. qualsiasi altra idonea documentazione attestante l'effettivo possesso dei requisiti prestati al concorrente.

(luogo) _____, (data) _____

Timbro e Firma

N.B. 1: la dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica (fronte/retro) di idoneo documento di identificazione, in corso di validità, del sottoscrittore e cioè del legale rappresentante o del procuratore (in tale ultimo caso dovrà inoltre essere allegata la relativa procura notarile), attestante i dati anagrafici e la firma autografa; in alternativa è comunque ammessa la sottoscrizione autenticata ai sensi di Legge;

N.B. 2: in caso di costituenda associazione d'impresе, il presente modulo dovrà essere redatto e sottoscritto da ogni singola impresa costituente l'associazione.