



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 OMNICOMPRENSIVA “FULL RISK” DEGLI IMPIANTI ELEVATORI  
DELL’A.S.P. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA**

**ALLEGATO N. 6**

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

Versione 1.00



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

## DICHIARAZIONE

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 \_\_\_\_\_

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,

### DICHIARA

1. che l'impresa non si trova in nessuna delle ipotesi di esclusione dalle gare d'appalto di cui all'art. 38 e smi del D.Lgs. 163/06;
2. che i nominativi (specificando per ciascuno la carica ricoperta), data, luogo di nascita e residenza di tutti i direttori tecnici nonché del titolare dell'impresa, se impresa individuale, di tutti i soci nel caso di s.n.c., di tutti gli accomandatari nel caso di s.a.s., di tutti gli amministratori muniti di potere di rappresentanza per ogni altro tipo di società, cooperativa o consorzio, sono i seguenti:

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

3. che i soggetti indicati al precedente punto 2. non si trovano nelle ipotesi di esclusione dalle gare d'appalto di cui alle lettere b) e c) dell'art. 38, comma 1 del D.Lgs. 163/06;
4. barrare la casella che interessa:
  - a. che i nominativi, data e luogo di nascita dei soggetti cessati dalle cariche di cui al precedente punto 2. nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente bando, sono i seguenti:

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

e che gli stessi non si trovano nelle ipotesi di esclusione dalle gare d'appalto di cui alla lettera c) dell'art. 38, comma 1 del D.Lgs. 163/06;

- b. che nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente bando non ci sono state cessazioni delle cariche di cui al precedente punto 2.;



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

5. di obbligarsi verso il concorrente e verso la stazione appaltante a mettere a disposizione per tutta la durata dell'appalto le risorse necessarie di cui è carente il concorrente;
6. di non partecipare alla gara in proprio o come associata o come consorziata, ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. 163/06;
7. che in relazione alla gara in oggetto la scrivente impresa ausiliaria presterà l'avvalimento nei confronti di un solo concorrente;
8. barrare la casella che interessa:
  - a. l'impresa non è assoggettabile agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla Legge 68/99;
  - b. l'impresa è in regola con gli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla Legge 68/99.

(luogo) \_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

N.B.: 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).