



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI DERRATE ALIMENTARI PER IL
PRESIDIO OSPEDALIERO DISTRETTUALE DI CHIAROMONTE**

ALLEGATO N. 2

SCHEMA MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE PER LE IMPRESE CONCORRENTI
[da presentarsi nel solo caso di utilizzo dell’istituto dell’avvalimento (art. 89 D.Lgs. 18/04/2016, n. 50)]

Dichiarazioni del Concorrente

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

All'Azienda Sanitaria Locale Di Potenza (A.S.P.)

Via Torraca, 2

85100

Potenza

OGGETTO: Gara mediante procedura aperta per l'affidamento della fornitura di derrate alimentari per il Presidio Ospedaliero Distrettuale di Chiaromonte.

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

in qualità di Legale Rappresentante /Procuratore dell'impresa _____

con sede legale in: Via _____ Comune _____ CAP _____

con codice fiscale n. _____ Partita I.V.A. n. _____

recapito telefonico n. _____ numero fax _____,

con espresso riferimento all'impresa che rappresenta, e 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 D.p.R. 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 D.p.R, 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. 89 del D.Lgs. n. 50/2016, 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;

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

a. ☐ **originale del contratto** (o copia autentica) in virtù del quale l'impresa ausiliaria si obbliga, nei suoi confronti, a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata

dell'appalto, rendendosi inoltre responsabile in solido nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in relazione alle prestazioni oggetto dell'appalto;

- b. qualsiasi altra idonea documentazione attestante l'effettivo possesso dei requisiti prestati al concorrente.

Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal D.Lgs 30/06/2003, n. 196 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*), ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____/_____
(luogo) (data)

*Timbro e firma leggibile
Impresa ausiliata*

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.