



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI PRODOTTI DIETETICI PER NUTRIZIONE CLINICA, OCCORRENTI PER I PRESIDI E STRUTTURE SANITARIE AZIENDALI.

ALLEGATO N. 3

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)]

DICHIARAZIONI

(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 prodotti dietetici per nutrizione clinica, occorrenti per i Presidi e Strutture Sanitarie Aziendali.

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 _____,

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 s.m.i. 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 nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando non ci sono state cessazioni delle cariche di cui al precedente punto 2;

5. di obbligarsi verso il concorrente e verso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza 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 consorzata, 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.
9. di impegnarsi ad assicurare il pieno rispetto di tutti gli obblighi e gli adempimenti relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari derivanti dal presente appalto, come prescritto all'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136, come modificata dal D.L. 12/11/2010, n. 187, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17/12/2010, n. 217;
10. 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 ausiliaria

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).