



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE IN OUTSOURCING DEI SERVIZI INTEGRATI DEL CENTRO UNICO PRESTAZIONI AMBULATORIALI, SERVIZI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO E SERVIZI DI SUPPORTO ALLA LOGISTICA PER LE ESIGENZE DELL’ASP E DELL’AOR SAN CARLO DI POTENZA**

## **ALLEGATO N. 2**

**SCHEMA MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE PER LE IMPRESE CONCORRENTI**  
[da presentarsi nel solo caso di utilizzo dell’istituto dell’avalimento]

### 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: PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA GESTIONE IN OUTSOURCING DEI SERVIZI INTEGRATI DEL CENTRO UNICO PRESTAZIONI AMBULATORIALI, SERVIZI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO E SERVIZI DI SUPPORTO ALLA LOGISTICA PER LE ESIGENZE DELL'ASP E DELL'AOR SAN CARLO DI POTENZA**

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

oppure

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 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. 50/2016 e ss.mm.ii., 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** (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 dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, 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.

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.