



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI DISPOSITIVI PROTESICI PER CHIRURGIA BARIATRICA

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 DISPOSITIVI PROTESICI PER CHIRURGIA BARIATRICA.

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. Di possedere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 49 del D.Lgs 12/04/2006, n. 163 i seguenti requisiti e le seguenti risorse, prescritte dalla documentazione di gara, dei quali il concorrente risulta carente e che sono oggetto di avvalimento:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

2. che il soggetto ausiliario 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;

3. 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:

4. 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;

5. 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;

6. di obbligarsi, nei confronti del concorrente e dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, a fornire i propri requisiti di ordine speciale dei quali è carente il concorrente e mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto, rendendosi inoltre responsabile in solido con il concorrente nei confronti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in relazione alle prestazioni oggetto dell'appalto:

7. dichiara di non partecipare a sua volta alla stessa gara, né in forma singola, né in forma di raggruppamento o consorzio, né in qualità di ausiliario di altro soggetto concorrente;

8. dichiara che:

a. il soggetto ausiliario è regolarmente iscritto alla C.C.I.A.A. - Registro delle Imprese per le attività oggetto del presente appalto, come risulta da

_____;

(indicare gli estremi del certificato, numero iscrizione, forma giuridica, sede, oggetto sociale, cariche sociali o in alternativa produrre copia del certificato rilasciato in data non anteriore a sei mesi a quella fissata per la seduta di gara);

b. che è in regola con gli adempimenti in materia di contributi sociali, previdenziali e in materia assicurativa, nonché di essere intestataria delle seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

(Registro professionale equivalente per le imprese straniere)

INAIL di _____ Codice Ditta _____

INPS di _____ Matricola _____

CCNL applicato _____

c. il soggetto ausiliario accetta integralmente e senza riserva alcuna le condizioni e prescrizioni contenute negli atti di gara;

9. barrare la casella che interessa:

a. ☐ il soggetto ausiliario non è assoggettabile agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla Legge 68/99;

b. ☐ il soggetto ausiliario è in regola con gli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla Legge 68/99.

10. 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;

11. 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).