



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN MODALITA’  
“SERVICE” DI SISTEMI ANALITICI PER L’ESECUZIONE DI ESAMI  
DIAGNOSTICI RELATIVI AL SETTORE IMMUNOMETRIA ALTERNATIVA,  
OCCORRENTI PER I LABORATORI DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE AZIENDALI**

**ALLEGATO N. 2**

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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## AVVALIMENTO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL SOGGETTO AUSILIATO

**ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA (A.S.P.)  
VIA TORRACA, 2 85100 POTENZA**

**OGGETTO:** PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN MODALITA' "SERVICE" DI SISTEMI ANALITICI PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI RELATIVI AL SETTORE IMMUNOMETRIA ALTERNATIVA, OCCORRENTI PER I LABORATORI DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE AZIENDALI.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante /Procuratore del concorrente ausiliato \_\_\_\_\_

Sede legale in: Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_

Tel. n. \_\_\_\_\_ Telefax n. \_\_\_\_\_,

con espresso riferimento al concorrente che rappresenta  
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.p.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 dello stesso decreto 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 concernenti gli appalti pubblici, assumendosene la piena responsabilità,

### RENDE LA PRESENTE DICHIARAZIONE

A. – che il concorrente \_\_\_\_\_, al fine di rispettare i requisiti di ordine speciale prescritti nel disciplinare di gara fa riferimento alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e organizzative possedute dal soggetto appresso specificato;

B. – che i requisiti di ordine speciale prescritti nel disciplinare di gara di cui il concorrente è carente, e dei quali si avvale per poter essere ammesso alla gara ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs n. 163/2006 e s.m.i., sono i seguenti:

1) \_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_;

REGIONE BASILICATA –AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA (A.S.P.)  
VIA TORRACA, 2 -85100 POTENZA CODICE FISCALE E PARTITA IVA 01722360763



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

- 3) \_\_\_\_\_;  
4) \_\_\_\_\_;  
5) \_\_\_\_\_;

C. –che le generalità del soggetto ausiliario della quale si avvale per i requisiti di ordine speciale da questo posseduti e messi a disposizione a proprio favore sono le seguenti:

Soggetto \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Sede legale in: Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_;

iscritta nel registro delle Imprese istituito presso la Camera di Commercio, industria, Artigianato e Agricoltura di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

#### DICHIARA

- ☐ Che l'impresa ausiliaria appartiene al medesimo gruppo e che il legame giuridico ed economico esistente deriva dal fatto che: \_\_\_\_\_

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

#### Ovvero

- ☐ Che l'impresa ausiliaria **NON** appartiene al medesimo gruppo.

In tal caso va allegato, in originale o copia autentica, a pena di esclusione, il contratto in virtù del quale l'impresa ausiliaria si obbliga nei confronti del concorrente a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto. Dal contratto discendono i medesimi obblighi previsti dall'art. 49, comma 5 del D.Lgs 163/2006 e s.m.i. in materia di normativa antimafia nei confronti del soggetto ausiliario, in ragione dell'importo dell'appalto posto a base di gara.

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.** Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.

**N.B. Ogni pagina** del presente modulo dovrà essere corredato di **timbro della società e sigla del legale rappresentante/procuratore**

Qualora la documentazione venga sottoscritta dal "procuratore/i" della società, dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.