



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA
Cod. Fisc./P.IVA: 01722360763

Ambito Territoriale ex-ASL3 di Lagonegro
U.O. Provveditorato/Economato
Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 LAGONEGRO (PZ)
tel. 0973/48511 – 0973/48527
fax 0973/21730 – 0973/48562

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA,
PER 3 (TRE) ANNI, DEL SERVIZIO DI N°1 UNITA’ MOBILE DI RISONANZA MAGNETICA
NUCLEARE, PER I PP.OO. DELL’AMBITO TERRITORIALE EX-ASL3 DI LAGONEGRO (PZ).**

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)]

(Allegato 6)



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA
Cod. Fisc./P.IVA: 01722360763

Ambito Territoriale ex-ASL3 di Lagonegro
U.O. Provveditorato/Economato
Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 LAGONEGRO (PZ)
tel. 0973/48511 – 0973/48527
fax 0973/21730 – 0973/48562

DICHIARAZIONE

**All'Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Ambito Territoriale ex-ASL3 Lagonegro
U.O. Provveditorato/Economato
Via Piano dei Lippi, 1
85042 LAGONEGRO (Pz)**

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento della fornitura, per 3 (tre) anni, del Servizio di n°1 Unità Mobile di Risonanza Magnetica Nucleare, per i PP.OO. dell'Ambito Territoriale ex-ASL3 di Lagonegro (PZ).

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
dell'impresa _____
con sede in _____
con codice fiscale / Partita I.V.A. n. _____
recapito telefonico _____, 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 smi 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:



REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
Via Torraca, 2 – 85100 POTENZA
Cod. Fisc./P.IVA: 01722360763

Ambito Territoriale ex-ASL3 di Lagonegro
U.O. Provveditorato/Economato
Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 LAGONEGRO (PZ)
tel. 0973/48511 – 0973/48527
fax 0973/21730 – 0973/48562

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.;
5. di obbligarsi verso il concorrente e verso la stazione appaltante 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 consorziata, 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.

(luogo) _____, (data) _____

Firma

N.B.: **A PENA DI ESCLUSIONE** 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).