

**Dichiarazione Sostitutiva per la partecipazione alla  
GARA COMUNITARIA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO  
SANITARIO INTEGRATO MEDIANTE L'IMPIEGO DI: AMBULANZE PER IL  
SOCCORSO SANITARIO D'URGENZA ED EMERGENZA – VEICOLI SPECIALI  
ADIBITI AL TRASPORTO DI EMODERIVATI E/O CAMPIONI BIOLOGICI E  
AUTOMEDICA .**

**LOTTO 1 CIG 63600352EA**

(Artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a			
nato a			
residente a			
codice fiscale		Partita IVA (1)	
in qualità di (2)			
In forza di (3)			
della (4)			
con sede legale in			
via			
Telefono n.		Fax n.	
PEC		e-mail	
Codice fiscale		p. IVA	
N. Iscr. Registro imprese (5)		CCIAA (5)	
Data iscrizione		Attività	

***Sotto la propria responsabilità***

- consapevole ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi;
- consapevole che, qualora fosse accertata ai sensi e per gli effetti dell'art. 71 e 75 del D.P.R. 445/2000, la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Impresa da lui rappresentata verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima;
- consapevole che, ai sensi dell'art. 48 D.Lgs. 163/2006, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, oltre all'esclusione dalla procedura di gara si provvederà all'incameramento della cauzione e alla segnalazione

all'Autorità di Vigilanza per l'adozione dei provvedimenti di sua competenza;

consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione dopo l'avvio della fornitura, il contratto potrà essere risolto;

**Dichiara**

“ che la parte del servizio eventualmente da subappaltare è la seguente:


“ Dichiara altresì che la quota percentuale della parte da subappaltare è contenuta entro il limite massimo del 30% dell'importo contrattuale.

Data \_\_\_\_\_

Timbro della Ditta/Impresa e  
**Firma del Legale  
Rappresentante**

***N.B. : Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore, pena l'esclusione dalla gara.***

*Ai sensi del D.Lgs. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali, con la firma in calce alla presente domanda di partecipazione a gara, esprimo il mio consenso e autorizzo l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, U.O. Appalti e Forniture al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione della procedura.*