

Modello 3 – Dichiarazioni sostitutive dell'operatore economico ausiliario (da inserire nella busta A)

Spett.le
Comune di POTENZA
Piazza Matteotti
85100 POTENZA

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento del servizio di assistenza specialistica al Comune di Potenza in veste di Ente concedente e di Stazione appaltante della gara per l'affidamento del servizio di distribuzione del gas naturale nell'ambito "Potenza 2 – Sud" ai sensi del D.M. n. 226/2011 e s.m.. CIG: 6770366AC2

Dichiarazioni sostitutive dell'operatore economico ausiliario.

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, in qualità di _____
(selezionare l'opzione che interessa)

- legale rappresentante (allegare copia documento di identità)
- procuratore (allegare copia documento di identità e procura o copia conforme all'originale della procura)

dell'impresa _____ con sede in _____
Via _____ codice fiscale n _____ partita
IVA n _____ telefono _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

di possedere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 89 del D.Lgs. 50/2016, i seguenti requisiti di capacità economico-finanziaria e/o tecnico-professionale, così come prescritti dal disciplinare di gara, di cui il concorrente si avvale per poter essere ammesso alla gara:

- 1) _____
- 2) _____

di obbligarsi, nei confronti del concorrente e della stazione appaltante a fornire i predetti requisiti dei quali è carente il concorrente e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto, nei modi e nei limiti stabiliti dall'art. 89 del D. Lgs. n. 50/2016 rendendosi inoltre responsabile in solido con il concorrente nei confronti della stazione appaltante in relazione alle prestazioni oggetto del contratto;

di non partecipare a sua volta alla stessa gara, né in forma singola, né in forma associata, né in qualità di ausiliario di altro soggetto concorrente;

di avere preso esatta e completa conoscenza del Bando di gara, del Disciplinare di gara, del Capitolato speciale, dello schema di contratto e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le disposizioni, le clausole, le limitazioni e le responsabilità in essi contenuti;

di non versare in alcuna delle cause di incompatibilità/inconferibilità indicate al paragrafo 3.5 del disciplinare di gara, ossia di non avere svolto, negli ultimi tre anni precedenti la data di pubblicazione del presente bando, incarichi o rapporti contrattuali di qualsiasi genere con gli attuali gestori delle reti e degli impianti di distribuzione del gas naturale ricadenti nell'ATEM "Potenza 2 – Sud" e con le società da questi ultimi controllate e/o collegate ai sensi dell'art. 2359 del Codice Civile;

di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi in relazione agli attuali distributori del gas naturale dell'ATEM "Potenza 2 – Sud";

indica, ai fini del controllo sul possesso dei requisiti:

PREFETTURA

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	note

CANCELLERIA FALLIMENTARE

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	note

AGENZIA DELLE ENTRATE

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	note

CANCELLERIA PENALE – precisare per ogni soggetto titolare di cariche o qualifiche riportato nel fac simile modello 2 la cancelleria penale locale di competenza in relazione alla residenza dei soggetti.

Dichiarante	Procure di competenza	Indirizzo - cap	e-mail	Telefono	fax
-------------	-----------------------	-----------------	--------	----------	-----

	Ufficio/Sede	-città			

DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	NOTE	

CENTRO PER L'IMPIEGO DELLA PROVINCIA

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	NOTE	

INPS sede di _____

datore di lavoro

Matricola aziendale numero _____

Numero dipendenti _____

CCNL applicato _____

lavoratore autonomo - P.C.I. (Posizione Contributiva Individuale) numero

gestione separata

committente/associante

titolare di reddito da lavoro autonomo o arte e professione

esente da obbligo di iscrizione all'INPS

INAIL sede di _____

Posizione assicurativa numero _____

esente da obbligo di iscrizione all'INAIL

INARCASSA

Matricola numero _____

attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA IMPRESA AUSILIARIA

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità e, in caso di procuratore, da copia conforme all'originale della procura.