



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

- Sede Legale: Viale della Vittoria, 92100 Agrigento, P.I. e C.F. 02570930848
U.O.C. SERVIZIO TECNICO

ALLEGATO (A)

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale
Viale della Vittoria, 321
SERVIZIO TECNICO
92100 Agrigento

**OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA PER L'AFFIDAMENTO DEI LAVORI DI LAVORI DI
ADEGUAMENTO DEI LOCALI DI SCREENING MAMMOGRAFICO UBICATI AL PIANO PRIMO DEL P.O. SAN
GIOVANNI DI DIO DI AGRIGENTO**

(Avvertenza: si raccomanda di avere la massima cura nella compilazione del presente modello, depennando e/o barrando in modo chiaro e ordinato i punti che ricorrono/non ricorrono, al fine di far emergere con chiarezza le sole parti pertinenti alla propria condizione d'impresa)

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente a _____ in via/piazza
_____, con sede in _____, via
_____, n. ___, con C.F. n. _____, in
qualità di _____
dell'Impresa _____
sede legale (via, n. civico, città e c.a.p.) _____
sede operativa (via, n. civico, città e
c.a.p.) _____, numero di
telefono (fisso) _____ (e/o mobile) _____, fax _____
e-mail _____
PEC _____ C.F./partita IVA _____
forma giuridica _____

CHIEDE

di essere invitato alla procedura negoziata indicata in oggetto come (barrare con una croce la casella pertinente al caso che ricorre):

- A) impresa singola;

oppure:

- B) capogruppo di un raggruppamento temporaneo di imprese (R.T.I./A.T.I.) o di un consorzio ordinario o di un GEIE, di cui all'art. 37 del Codice, di tipo orizzontale/verticale/misto, fra le imprese:

Rag. Soc. Impresa	Città	<input type="radio"/> Capogruppo/Mandante

ciascuna impresa sopraelencata dovrà compilare e sottoscrivere in modelli singoli-separati, la presente dichiarazione.

oppure:

- C) mandante di un raggruppamento temporaneo di imprese (R.T.I./A.T.I.) o di un consorzio ordinario o di un GEIE, di cui all'art. 37 del Codice, di tipo orizzontale/verticale/misto, fra le imprese:

Rag. Soc. Impresa	Città / Indirizzo	Capogruppo/Mandante

ciascuna impresa sopraelencata dovrà compilare e sottoscrivere in modelli singoli-separati, la presente dichiarazione.

oppure:

- consorzio di cooperative di cui all'art. 34, comma 1, lett. b) del Codice;
 - c1) che il consorzio risulta regolarmente iscritto nello Schedario Generale della Cooperazione di _____;
 - numero di iscrizione _____, data di iscrizione _____;

c2) di candidarsi per il/i seguente/i consorziato/i designato/i per l'esecuzione dei lavori:

Denominazione	Sede

ciascuna impresa sopraelencata dovrà compilare e sottoscrivere in modelli singoli-separati, la presente dichiarazione.

oppure:

- D) consorzio stabile di cui all'art. 34, comma 1, lett. c) del Codice;
- d1) che il consorzio risulta regolarmente iscritto nello Schedario Generale della Cooperazione di _____;
 - numero di iscrizione _____, data di iscrizione _____;
 - d2) di eseguire in proprio i lavori; oppure:
 - d3) di candidarsi per il/i seguente/i consorziato/i designato/i per l'esecuzione dei lavori:

Denominazione	Sede

ciascuna impresa sopraelencata dovrà compilare e sottoscrivere in modelli singoli-separati, la presente dichiarazione.

oppure:

- E) Aggregazioni di imprese aderenti al contratto di rete (di cui all'art. 34, comma 1, lett. e-bis, del Codice) in una delle seguenti fattispecie:

- E1) rete dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e di soggettività giuridica;
 L'offerta deve essere sottoscritta dall'operatore economico che riveste le funzioni di organo comune;
- E2) rete dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma priva di soggettività giuridica;
- E3) rete dotata di un organo comune privo di potere di rappresentanza o sprovvista d'organo comune.
- E4) di concorrere per le seguenti imprese aderenti designate per l'esecuzione dei lavori:



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

- Sede Legale: Viale della Vittoria, 92100 Agrigento, P.I. e C.F. 02570930848
U.O.C. SERVIZIO TECNICO

Denominazione	Sede

nei casi di cui ai punti e2) ed e3), in relazione alle note riportate, ciascuna impresa sopraelencata dovrà compilare e sottoscrivere in modelli singoli-separati, la presente dichiarazione.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 dello stesso Decreto, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA E/O ATTESTA

(depennare e/o barrare in modo chiaro e ordinato i punti che ricorrono/non ricorrono, al fine di far emergere con chiarezza le sole parti pertinenti alla propria condizione d'impresa)

1) ISCRIZIONE NEI REGISTRI

a) che l'impresa è iscritta nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____
(per le imprese con sede in altro Stato indicare il corrispondente competente albo o lista ufficiale dello Stato di appartenenza) per l'attività _____

_____, numero di iscrizione _____, data di iscrizione _____
_____, durata della ditta – data termine: _____, forma giuridica _____
_____;

che nel registro imprese c/o la camera di commercio risultano iscritti ed attualmente in carica: (indicare: titolare di impresa individuale ovvero tutti i soci di società in nome collettivo ovvero tutti i soci accomandatari, nel caso di società in accomandita semplice, nonché tutti gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza, tutti gli eventuali procuratori generali e/o speciali e tutti i direttori tecnici con riferimento anche ai cessati dalla carica nell'anno antecedente alla data di pubblicazione del bando):

Nominativo	Luogo di nascita	Data di nascita	Qualifica

b) che la cooperativa (se tale) _____
risulta regolarmente iscritta nel Registro Prefettizio di _____
numero di iscrizione _____
sezione _____, data di iscrizione _____
ed è autorizzata a partecipare a pubbliche gare _____.

2) REQUISITI DI ORDINE GENERALE

Che per la candidatura non sussistono:

- 1) le cause di esclusione di cui all'art. 38, comma 1, lettere a), b), c), d), e), f), g), h), i), l), m), m-bis), m-ter ed m-quater), del Codice;



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

- Sede Legale: Viale della Vittoria, 92100 Agrigento, P.I. e C.F. 02570930848
U.O.C. SERVIZIO TECNICO

- 2) le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159.
- 3) le condizioni di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001, n. 165 o di cui all'art. 35 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 convertito con modificazioni dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114 o che siano incorsi, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori divieti a contrattare con la pubblica amministrazione.

3) REQUISITI SPECIALI PER PARTECIPARE ALLA GARA

A - che l'impresa è in possesso dei requisiti di tipo speciale richiesti dal D.P.R. n. 207/2010, per i lavori sia da eseguire e a tal fine dichiara:

- a1) di essere in possesso dei requisiti di cui all'art.90 del D.P.R. 207/2010 avendo eseguito lavori analoghi per complessivi €. _____ di cui €. _____ per lavori riconducibili alla categoria OG1 ed €. _____ riconducibili alla categoria OS30 ovvero OG11;
- di avere sostenuto spese per la manodopera pari a €. _____; di essere in possesso di adeguata attrezzatura;
- a2) di essere in possesso della seguente certificazione SOA che include sia la categoria OG1 (prevalente) sia la categoria OS30 ovvero OG1 (scorporabile)

oppure:

D - (nel caso di candidato stabilito in altri Stati aderenti all'Unione Europea):

- d) che l'impresa è in possesso dei requisiti d'ordine speciale previsti dal D.P.R. 207/2010 accertati, ai sensi dell'art. 62 del suddetto D.P.R. 207/2010, in base alla documentazione prodotta secondo le norme vigenti nei rispettivi paesi.

Nel caso ricorra tale ipotesi dovranno essere rese le dichiarazioni che precedono, pertinenti al proprio caso.

4) AVVALIMENTO

(nel caso di candidato che intenda avvalersi dell'attestazione SOA di altri soggetti – art. 49 del Codice o dei requisiti speciali di cui art. 90 del DPR 207/10)

di avvalersi, ai sensi di quanto previsto dall'art. 49 del Codice, dell'attestazione SOA della/e seguente/i impresa/e ausiliaria/e:

Impresa Ausiliaria	Città / indirizzo	Categoria / Class. SOA (ove posseduta) / certificazioni art.90

a) di poter documentare, su richiesta, quanto di propria competenza sopra dichiarato;

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, dichiara altresì di essere informato e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte di Servizio Tecnico ASP di Agrigento, ai fini della presente procedura.

Sottoscrizione

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero qualora la dichiarazione medesima sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

(La mancata osservanza delle modalità di sottoscrizione comporterà l'esclusione dalla gara d'appalto.)



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO

- Sede Legale: Viale della Vittoria, 92100 Agrigento, P.I. e C.F. 02570930848
U.O.C. SERVIZIO TECNICO

Sottoscrizione del Legale Rappresentante dell'Impresa:
(firmare, a pena di esclusione, ogni pagina)
nome cognome – qualifica - luogo data sottoscrizione

Note:

Nel caso di riunioni di imprese, consorzi, GEIE, aggregazioni aderenti a reti di imprese, la presente istanza/dichiarazione deve essere prodotta in modelli singoli - separati, dai legali rappresentanti di tutte le imprese partecipanti al raggruppamento.



