

**AVVALIMENTO  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL SOGGETTO AUSILIARIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ in qualità di *(barrare la casella che interessa):*

Titolare o Legale rappresentante

Procuratore, come da procura generale/speciale in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a rogito Notar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Rep. n. \_\_\_\_\_ (allegata in copia conforme)

dell'impresa \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ Partita IVA n \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m., **con espreso riferimento all'impresa ausiliario che rappresenta**

**DICHIARA**

A. **di possedere**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 89 del D.Lgs. 18/04/2016, n. 50, i seguenti requisiti di ordine speciale prescritti nel Disciplinare, dei quali il concorrente ausiliato risulta carente e oggetto dell'avvalimento:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

B. di obbligarsi, nei confronti del concorrente e dell'ente affidatario a fornire i propri requisiti di ordine speciale dei quali è carente il concorrente ausiliato e mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata della concessione, rendendosi inoltre responsabile in solido con il concorrente nei confronti dello stesso ente, in relazione alle prestazioni oggetto della stessa, ai sensi dell'art. 89, comma 5, D.Lgs. 18/04/2016, n. 50;

C. di non partecipare alla presente procedura, né in forma singola, né in forma di raggruppamento o consorzio;

D. che **ALLEGA** il DGUE sottoscritto contenente le informazioni di cui alla parte II, sezioni A e B, alla parte III, alla parte IV, in relazione ai requisiti oggetto di avvalimento, e alla parte VI;

E. che **ALLEGA** il PASSOE;

F. di essere intestataria delle seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

INPS: sede di \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_

INAIL: sede di \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_

P.A.T. (Posizione Assicurativa Territoriale) n. \_\_\_\_\_

CASSA EDILE: sede di \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_

N. Dipendenti \_\_\_\_\_

C.C.N.L. \_\_\_\_\_

---

Luogo e data

**IL DICHIARANTE**

**N.B.:** La presente dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'operatore economico o da persona autorizzata ad impegnare la Società. **Allegare documento di identità valido del firmatario.**