



## AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

### U.O.C. PROVVEDITORATO

Via Enrico Toti n 76 - 90128 Palermo  
Tel. 091.6555503/5749  
Email: [area.provveditorato@policlinico.pa.it](mailto:area.provveditorato@policlinico.pa.it)  
Pec: [provveditorato@cert.policlinico.pa.it](mailto:provveditorato@cert.policlinico.pa.it)  
Web: [www.policlinico.pa.it](http://www.policlinico.pa.it)

**All"1.H"**

## FAC SIMILE DICHIARAZIONE CONSORZI PER CONSORZiate NON ESECUTRICI

**Spett.le**

**A.O.U.P "Paolo Giaccone"**

*Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di \_\_\_\_\_ e legale rappresentante avente i poteri necessari per impegnare la \_\_\_\_\_ nella presente procedura, con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_ al n. \_\_, codice fiscale n. \_\_\_\_\_ CCNL applicato \_\_\_\_\_ Settore \_\_\_\_\_, che partecipa alla presente iniziativa nella seguente forma \_\_\_\_\_ (indicare se Consorzio di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) o c), del Codice)*

*di seguito denominato "operatore"*

*ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi e/o in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;*

### **E DICHIARA**

*che il Consorzio, al fine di soddisfare i requisiti di partecipazione prescritti dall'Appalto specifico ricorre ai requisiti delle consorziate non esecutrici così come di seguito indicato:*

- (ragione sociale) \_\_\_\_\_ (requisito) \_\_\_\_\_ (misura) \_\_\_\_\_
- - (ragione sociale) \_\_\_\_\_ (requisito) \_\_\_\_\_ (misura) \_\_\_\_\_
- - (ragione sociale) \_\_\_\_\_ (requisito) \_\_\_\_\_ (misura) \_\_\_\_\_

*Firma \_\_\_\_\_*

*(firmato digitalmente dal Consorzio)*