

## **DICHIARAZIONE DI SUBAPPALTO**

### **ALL'AUTORITA' PER LA VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE**

**Via di Ripetta, 246 – 00186 - Roma**

**CIG 03346967DE**

#### **PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL "PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I DIPENDENTI DELL'AUTORITÀ PER LA VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE**

Premesso che non è ammesso il subappalto per le prestazioni assicurativo/assistenziali (v. disciplinare), fatta eccezione per l'attività svolta dalla centrale operativa (v. capitolato), le prestazioni in subappalto, sono ammesse nei limiti e modalità previste dal Codice dei Contratti.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_

(luogo) (prov.) (data)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

(luogo) (prov.) (indirizzo)

in qualità di legale rappresentante del concorrente “ \_\_\_\_\_ ”

con sede legale in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

(luogo) (prov.) (indirizzo)

#### **DICHIARA**

che la parte del servizio eventualmente da subappaltare o concedere a cottimo è la seguente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

(luogo, data)

**FIRMA del Legale Rappresentante/Procuratore**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile)

N.B. Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario  
Qualora la documentazione venga sottoscritta dal “procuratore/i” della società dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.