



AZIENDA OSPEDALIERA "Pugliese Ciaccio"

SOC Provveditorato, economato e gestione logistica



ALLEGATO N. 4

PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE TELEFONICA CALL CENTER INTEGRATO AREA CENTRO REGIONALE NUMERO DI GARA:6971325 - CODICE CIG:7359982149

**MODELLO AUTODICHIARAZIONE DI SUBAPPALTO
[da presentarsi nel solo caso di ricorso a subappalto]**

DICHIARAZIONE DI SUBAPPALTO

**ALL'AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE-CIACCIO
Via Vinicio Cortese, 100
88100 CATANZARO**

OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE TELEFONICA CALL CENTER INTEGRATO AREA CENTRO REGIONALE

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 della fornitura/servizio in parola eventualmente da subappaltare è la seguente:

_____.

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

Si precisa che, ai sensi del comma 6 art. 105 del D.Lgs n. 50/2016 citato, è obbligatoria l'indicazione della terna di subappaltatori, qualora gli appalti di lavori, servizi o forniture siano di importo pari o superiore alle soglie di cui all'articolo 35 e per i quali non sia necessaria una particolare specializzazione.

1. _____
2. _____
3. _____

_____, lì _____
(luogo, data)

FIRMA del Legale Rappresentante o procuratore

(timbro e firma leggibile)

N.B. Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore (Carta d'Identità/Patente di guida rilasciata dal Prefetto/Passaporto)

N.B. Nel caso di sottoscrizione da parte di Procuratore del Legale rappresentante andrà allegata copia, conforme all'originale, della relativa procura.