

## **MODELLO AVVALIMENTO**

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI  
AVVALIMENTO art 89 D.Lgs. n°50/2016)

**OGGETTO: GARA PER LA FORNITURA DI CARNI, SALUMI, SURGELATI, LATTICINI E  
GENERI ALIMENTARI VARI PER IL CENTRO UNICO DI COTTURA DELLA RSA  
“MADRE TERESA DI CALCUTTA” DEL COMUNE DI SAREZZO PER IL PERIODO DAL  
01/01/2019 AL 31/12/2021 CON POSSIBILITA' DI RINNOVO FINO AL 31/12/2024, NEL  
RISPETTO DEI C.A.M. DI SETTORE DI CUI AL D.M. 25/07/2011 CIG MASTER:  
7602158B3B CODICE NUTS: ITC47**

In relazione all'istanza di partecipazione alla gara di cui in oggetto **dell'operatore offerente:**

\_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome)  
\_\_\_\_\_, in qualità di **titolare/legale rappresentante della**  
**impresa ausiliaria,**

### **DICHIARA:**

– che la impresa \_\_\_\_\_ *ausiliaria* \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_ così \_\_\_\_\_ esattamente  
**denominata:** \_\_\_\_\_;

– che la “ditta” è **iscritta** al Registro delle imprese della competente Camera di Commercio Industria  
Artigianato e Agricoltura della provincia di \_\_\_\_\_ per attività corrispondenti a  
quelle oggetto dell'appalto **con i seguenti dati:**

**sede legale :** Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune  
\_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_)

**sede operativa:** Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune  
\_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_)

**codice fiscale n.** \_\_\_\_\_ **Partita IVA n.** \_\_\_\_\_ **Codice Attività**  
**(IVA)** \_\_\_\_\_

**numero di iscrizione** \_\_\_\_\_; **data di iscrizione** \_\_\_\_\_; **durata** della Ditta  
/ **data termine** \_\_\_\_\_;

**forma giuridica** \_\_\_\_\_ ( *ditta individuale, società, ..., consorzio...* )  
\_\_\_\_\_;

**per la seguente attività**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OVVERO (eventualmente depennare)**

– **Non è iscritta alla** Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura

– **È** \_\_\_\_\_ **iscritta** \_\_\_\_\_ **a**

\_\_\_\_\_

**per**

\_\_\_\_\_

**l'attività**

– che, in quanto cooperativa, la ditta è **iscritta all'Albo delle Società Cooperative** presso il Ministero delle Attività Produttive con n° \_\_\_\_\_ alla sezione \_\_\_\_\_

– che la carica di **legale rappresentante, anche quale procuratore generale o speciale**, è ricoperta da:

– *(indicare eventuali altre persone cui sia stata conferita la legale rappresentanza, di direzione o di controllo dell'operatore come risultano depositate presso la stessa C.C.I.A.A. o da procura ancorché non depositata)* **(per le S.N.C. indicare TUTTI i soci, per le S.A.S. i soci accomandatari):**

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_ quale \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ data

di nascita \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_ quale \_\_\_\_\_

– che la carica di **direttore tecnico** è ricoperta da:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

**Ai fini DURC (art. 2 D.L. 25/9/2002 n°210 conv. in L. n°266/2002) (controllato direttamente dall'Ente) DICHIARA:**

– che la “ditta” mantiene le **seguenti posizioni previdenziali** ed assicurative ed è in regola con i relativi contributi:

**(compilare tabella)**

|   |                          |  |                                             |  |
|---|--------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 | INAIL - codice ditta     |  | INAIL - posizioni assicurative territoriali |  |
| 2 | INPS - matricola azienda |  | INPS - sede competente                      |  |

|   |                                                                           |  |                        |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| 3 | INPS - posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane |  | INPS - sede competente |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|

*eventualmente*

|   |                                                    |  |                                                  |  |
|---|----------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| 4 | CASSA EDILE - codice impresa (sede legale impresa) |  | CASSA EDILE - codice cassa (sede legale impresa) |  |
| 5 | INARCASSA – numero matricola                       |  |                                                  |  |

- che il C.C.N.L. applicato è il seguente (*barrare la voce che interessa*) :  
*edile industria                      edile piccola media impresa                      edile cooperazione                      edile artigianato*  
*altro non edile*
- che la **dimensione aziendale** è la seguente (*ai soli fini DURC*) (*barrare la voce che interessa*) :  
*da 0 a 5                      da 6 a 15                      da 16 a 50                      da 51 a 100                      oltre*

#### DICHIARA INOLTRE

*(depenare le ipotesi che non interessano )*

- che la ditta, *avente un numero di lavoratori inferiore a 15*, è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei **disabili** ex art. 17 della Legge del 12/3/1999 n° 68;
- che la ditta, *avente un numero di lavoratori compreso tra 15 e 35*, è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei **disabili** ex art. 17 della Legge del 12/3/1999 n° 68 **e non ha effettuato assunzioni dopo il 18/01/2000;**
- che la ditta, *avente un numero di lavoratori compreso tra 15 e 35*, è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei **disabili** ex art. 17 della Legge del 12/3/1999 n° 68 **e ha effettuato assunzioni dopo il 18/01/2000;**
- che la ditta, *avente un numero di lavoratori superiore a 35*, è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei **disabili** ex art. 17 della Legge del 12/3/1999 n° 68;

#### DICHIARA CHE

- che l'impresa ausiliaria è esente da tutte le **cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice, anche relativamente ai procuratori generali o speciali aventi poteri di rappresentanza, di direzione o di vigilanza ed in particolare**
- di essere in possesso dei requisiti tecnici e delle risorse oggetto di avvalimento;
- che non è soggetta a sanzioni interdittive a contrattare con la pubblica amministrazione e non ha in corso piani individuali di emersione;
- che la ditta si obbliga, nei confronti dell'amministrazione appaltante e nei confronti dell'offerente di cui sopra a mettere a disposizione per tutta la durata dell'appalto le risorse necessarie di cui è carente il concorrente così indicate: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- che la impresa ausiliaria non partecipa alla gara in proprio o associata o consorziata ai sensi dell' art. 89 comma 7 del Codice;
- di obbligarsi in solido con l'impresa concorrente nei confronti della stazione appaltante in relazione alle prestazioni oggetto del contratto.

## DICHIARA INFINE

di essere a conoscenza che, qualora dal controllo delle dichiarazioni qui rese, effettuato anche d'ufficio, ex artt. 71,75 e 77 del D.P.R. n° 445/2000, nonché ai sensi degli articoli 85, 86 e 88 del Codice (ad es. casellario, certificato DURC, Agenzia Entrate, Prefettura,...) emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, o comunque la sussistenza di cause di esclusione, la impresa ausiliaria decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, con contestuale incameramento della cauzione provvisoria e segnalazione alle Autorità Competenti fermo restando quanto previsto dall'art 80 comma 12 del Codice.

***Luogo e data***

---

***Firma leggibile per esteso***  
*del legale rappresentante della impresa ausiliaria*

---

***accompagnata***  
*da fotocopia di un documento di identità personale*

***NOTA BENE: Tutte le parti del modulo vanno obbligatoriamente compilate o barrate a pena di esclusione***