

## ALLEGATO "A" – Possesso dei requisiti tecnico-economici

SPETT.LE  
Unione dei Comuni  
Valle del Savio

**OGGETTO: Dichiarazione attestante il possesso dei requisiti di cui all'art. 2 dell'avviso pubblico finalizzato all'indagine di mercato per l'affidamento del servizio di "prove diagnostiche ed indagini sperimentali non distruttive in Palazzo Pesarini sede dell'Unione dei Comuni Valle del Savio a Bagno di Romagna (FC)"**

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ partita iva \_\_\_\_\_  
n. telefonico \_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_, i

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

### DICHIARO

- 1) che la ditta è in possesso di tutti i requisiti di cui all'articolo 38 del D.Lgs.12 aprile 2006 n.163 e che non sussistono impedimenti a contrarre con la pubblica amministrazione;
- 2) di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n.210/02 convertito in legge n. 266/02 s.m.i.) e comunica i seguenti dati:

| I |  | IMPRESA ESECUTRICE  |  |                       |  |    |  |
|---|--|---|--|-----------------------|--|----|--|
| 1 | <b>Tipo ditta *</b>                          | <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata – Committente/Associante<br><input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione |  |                       |  |    |  |
| 2 | <b>Codice Fiscale *</b>                      |   |  | <b>E-mail</b>         |  |    |  |
|   |  | <b>Fax (1)</b>  |  | <b>E-mail PEC (2)</b> |  |    |  |
| 3 | <b>Denominazione / Ragione Sociale *</b>     |   |  |                       |  |    |  |
| 4 | <b>Sede legale *</b>                         | cap   |  | Comune                |  | Pr |  |
|   |  | Via/Piazza  |  |                       |  | N° |  |
| 5 | <b>Sede operativa / Indirizzo attività *</b> | cap   |  | Comune                |  | Pr |  |
|   |  | Via/Piazza  |  |                       |  | N° |  |
| 6 | <b>Recapito corrispondenza *</b>             | <input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC   |  |                       |  |    |  |
| 7 | <b>Lavori/Forniture/Servizi *</b>            | <input type="checkbox"/> eseguiti <input type="checkbox"/> da eseguire  |  |                       |  |    |  |
| 8 | <b>C.C.N.L. applicato *</b>                  | Specificare settore.....<br>.....   |  |                       |  |    |  |

|            |  |                                      |                                    |                                     |
|------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>9</b>   | <b>Dimensione aziendale (3)</b>        | <input type="checkbox"/> da 1 a 5    | <input type="checkbox"/> da 6 a 15 | <input type="checkbox"/> da 16 a 50 |
|            |  | <input type="checkbox"/> da 51 a 100 | <input type="checkbox"/> oltre 100 |                                     |
| <b>III</b> | <b>ENTI PREVIDENZIALI</b>              |                                      |                                    |                                     |
| <b>1</b>   | <b>INAIL - codice ditta *</b>          |                                      | <b>INAIL - sede competente *</b>   |                                     |
| <b>2</b>   | <b>INPS - matricola azienda *</b>      |                                      | <b>INPS - sede competente *</b>    |                                     |
|            | <b>INPS - codice fiscale *</b>         |                                      | <b>INPS - sede competente *</b>    |                                     |
|            | <b>INPS - pos. contr. individuale*</b> |                                      | <b>INPS - sede competente *</b>    |                                     |

(\*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio in assenza di e-mail PEC

(2) campo obbligatorio in assenza di numero Fax

3) In riferimento ai requisiti tecnico-organizzativi ed economici:

- di essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme comunitarie in materia di qualificazione e certificazione per l'espletamento di prove non distruttive per i vari livelli di competenza, secondo quanto previsto dalla UNI EN 473;

- di avere svolto nel triennio antecedente alla data della presente lettera di invito, indagini diagnostiche e prove sperimentali presso edifici soggetti al vincolo di tutela, conservazione e valorizzazione della Soprintendenza per i Beni Architettonici e Paesaggistici, per un importo pari almeno a euro 18.000,00 come di seguito precisato:

| Committente | Luogo di esecuzione | Importo |
|-------------|---------------------|---------|
|             |                     |         |
|             |                     |         |
|             |                     |         |
|             |                     |         |
|             |                     |         |

4) di possedere un conto corrente dedicato a "commesse pubbliche" di cui vengono di seguito riportati gli estremi:

.....

I soggetti che possono operare nel suddetto conto corrente sono:

Sig. .... nato a ..... il .....

Cod. Fisc. ....

Sig. .... nato a ..... il .....

Cod. Fisc. ....

data \_\_\_\_\_

Si allega:

- ✓ documento d'identità del sottoscrittore
- ✓ curriculum professionale

**III DICHIARANTE**  
(firma leggibile e per esteso)