

**GARA D' APPALTO, AI SENSI DELL'ART. 71 D.LGS 36/2023 NELLA FORMA DELLA
PROCEDURA APERTA ED IN MODALITA' TELEMATICA, AVENTE AD OGGETTO
L'AFFIDAMENTO DI DISPOSITIVI MEDICI ODONTOIATRICI PER LE ESIGENZE DELLA
ASL DI FROSINONE**

DICHIARAZIONE DI AVVALIMENTO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

La Ditta

(di seguito denominata Ditta)

sede legale in via..... n.

codice fiscale/P.IVA rappresentata da

.....in qualità

di.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi dell'art. 104 del D. Lgs. 36/2023, la volontà della scrivente Impresa di ricorrere all'istituto dell'avvalimento dei requisiti necessari per la partecipazione alla gara in oggetto. In particolare, i requisiti oggetto di avvalimento sono i seguenti:

Luogo e data

Per la ditta

.....
(il legale rappresentante)

.....
(firma)