



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

DICHIARAZIONE DI AVVALIMENTO

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)