

ALLEGATO D

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA

(da rendere sottoscritto dal titolare o legale rappresentante dell'impresa,
con allegata la fotocopia di un valido documento di identità del/dei sottoscrittore/i)

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

In qualità di _____

Della Ditta _____

Con sede in _____ Via _____ n. _____

C.F. _____ Partita IVA _____

di partecipare alla gara per l'affidamento della fornitura triennale di presidi assorbenti per incontinenza e del servizio di pre- e post-vendita.

Ai fini di cui all'art. 7 del disciplinare di gara e ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dal successivo articolo 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. che l'elenco di tutti i prodotti assorbenti commercializzati dalla Ditta per l'incontinenza degli anziani è il seguente (completare la griglia, contrassegnando con una X nella corrispondente casella il grado di assorbenza, cercando la sigla delle taglie disponibili ed aggiungendo le righe ritenute necessarie per completare la propria gamma prodotti): vedi esempio di compilazione a fine documento

	Denominazione	Codice identificativo	Grado di incontinenza							
a.	Pannolone sagomato									
a1			<input type="checkbox"/> lieve							
a2			<input type="checkbox"/> medio							
a3			<input type="checkbox"/> grave							
a4			<input type="checkbox"/> molto grave							

	Denominazione	Codice identificativo								
b.	Mutandina elasticizzata			XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili
						b1	b2	b3	b4	

	Denominazione	Codice identificativo	Grado di incontinenza								
c.	Pannolone a mutandina traspirante										
			<input type="checkbox"/> lieve	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
						c1	c2				
			<input type="checkbox"/> medio	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
						c3	c4	c5			
			<input type="checkbox"/> grave	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
						c6	c7				
c bis	Pannolone a mutandina non traspirante		<input type="checkbox"/> molto grave	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
						cbis 1	cbis 2				

	Denominazione	Codice identificativo	Grado di incontinenza								
d.	Pannolino con adesivo										
			<input type="checkbox"/> lieve								
d1			<input type="checkbox"/> medio								
			<input type="checkbox"/> grave								
			<input type="checkbox"/> molto grave								

	Denominazione	Codice identificativo	Grado di incontinenza								
e.	Pannolino tipo pull-up										
			<input type="checkbox"/> lieve	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
						e1	e2				
			<input type="checkbox"/> medio	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
			<input type="checkbox"/> grave	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	
			<input type="checkbox"/> molto grave	XS	S	M	L	XL	XXL	Cerchiare taglie disponibili	

	Denominazione	Codice identificativo								
f.	Traversa			cm. 60x90	cm. 40x60	cm.				Indicare misure disponibili
				f1	f2					
				cm.	cm.	cm.				

Si allega progetto tecnico proposto in carta libera.

NOTE:

(1) La dichiarazione deve essere resa dal Titolare o dal Legale rappresentante ovvero da soggetto munito di apposito procura allegando la fotocopia del documento di identità e della procura se del caso

(2) qualora si tratti di raggruppamento temporaneo di impresa costituito dovrà essere sottoscritta dal mandatario per conto dell'RTI)

(3) qualora si tratti di raggruppamento temporaneo di impresa da costituire ciascuna impresa dovrà sottoscrivere la presente dichiarazione valevole come intenzione di partecipare mediante l'impresa dichiarante in qualità di mandatario cui si conferirà apposito mandato.

(4) in caso di avvalimento la presente deve essere sottoscritta congiuntamente dal richiedente e dall'impresa ausiliaria;

Luogo e data _____ Legale Rappresentante/Mandatario _____

Per i casi di cui alla nota 3:

Firma _____ (qualifica ricoperta / ditta rappresentata) _____

Firma _____ (qualifica ricoperta / ditta rappresentata) _____

Firma _____ (qualifica ricoperta / ditta rappresentata) _____

Firma _____ (qualifica ricoperta / ditta rappresentata) _____

Firma _____ (qualifica ricoperta / ditta rappresentata) _____

Per i casi di cui alla nota 4

Firma Legale Rappresentante ditta ausiliaria _____

N.B.: Ogni foglio di cui si compone la presente dichiarazione deve essere sottoscritto dal legale rappresentante/i.

La sottoscrizione della dichiarazione deve essere autenticata. L'autenticazione non è necessaria qualora la dichiarazione sia corredata dalla fotocopia di un valido documento di identità del sottoscrittore/i.

Esempio di compilazione tabella:

d.	Pannolone a mutandina									
		<input type="checkbox"/> lieve	XS	S	M	L	XL	XXL		taglie disponibili
		<input checked="" type="checkbox"/> medio	XS	S	M	L	XL	XXL		taglie disponibili
				d1	d2					
		<input checked="" type="checkbox"/> grave	XS	S	M	L	XL	XXL		taglie disponibili
		<input checked="" type="checkbox"/> molto grave	XS	S	M	L	XL	XXL		taglie disponibili