***ALLEGATO D3.2***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO, RESA AI SENSI DELL’ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000, DAL FIDEIUSSORE CHE RILASCIA LA CAUZIONE PROVVISORIA.**

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto | ***SERVIZIO DI MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA DI TIPO FULL RISK DI APPARECCHIATURE AD ALTO CONTENUTO TECNOLOGICO (LOTTO DI GARA N.1) E SERVIZIO DI GESTIONE DEGLI IMPIANTI DI TRATTAMENTO ACQUA PER DIALISI (LOTTO DI GARA N.2) OCCORRENTI ALLE ESIGENZE DELL’ASST DI MANTOVA PER UN PERIODO DI 60 MESI, PROROGABILI DI ULTERIORI 12 MESI*** |
| LOTTO 2 | ***Servizio di gestione degli impianti di trattamento acqua per dialisi*** |

**Io sottoscritto**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome |  | | | | |
| Nato a |  | Prov: |  | Il |  |
| Codice fiscale |  | | | | |

**consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, che i fatti, stati e qualità riportati di seguito corrispondono a verità:**

|  |  |
| --- | --- |
| Di essere  (specificare: ruolo e responsabilità ricoperte) |  |
| Della  (Compagnia Assicuratrice/ Istituto di credito/Intermediario) |  |
| Con sede in  (città, indirizzo e cap) |  |
| Agenzia /Filiale  (indicare citta, indirizzo, cap e identificativo agenzia /filiale) |  |
| telefono |  |
| Codice fiscale – P:IVA | C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Albo e numero di iscrizione (specificare tipologia di Albo in cui è iscritta la Società che rilascia la fideiussione ed il numero di iscrizione) |  |

Di essere autorizzato ad impegnare la/lo suddetta/o Compagnia Assicuratrice/ Istituto di Credito, relativamente al rilascio della fideiussione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

della Compagnia Assicuratrice/Istituto di Credito (Agenzia/Filiale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che i poteri per sottoscrivere il predetto atto di fideiussione bancaria o polizza assicurativa, derivano da *(specificare l’atto: deliberazione dell’assemblea o del Consiglio di amministrazione, procura,etc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 DPR 445 del 28 dicembre 2000, allego copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità

Timbro data e firma.