

**PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.Lgs. n. 36/2023,
PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ODONTOIATRIA SOCIALE PER
LA CONTINUITÀ DELL'EROGAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI
PREVENZIONE DOMICILIARE, RESIDENZIALI E DI PRESTAZIONI
ASSISTENZIALI PER L'AZIENDA ASL DI FROSINONE, PER LA DURATA
DI 36 MESI**

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)