

**ALLEGATO 5)**  
**DICHIARAZIONE DI SUBAPPALTO**

**DICHIARAZIONE DI SUBAPPALTO**

PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART. 60 DEL D.LGS N.50/2016 , PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI GESTIONE E MANUTENZIONE CON CONDUZIONE FULL RISK DEI DISPOSITIVI MEDICI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI GALLARATE, SOMMA LOMBARDO E ANGERA DELLA A.S.S.T. VALLE OLONA, PER IL PERIODO DI MESI 12 (DODICI).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Domiciliato per la carica ove appresso, in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede legale (località – provincia - c.a.p. – indirizzo) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che intende subappaltare o concedere in cottimo le seguenti parti della fornitura in oggetto:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- che la quota parte da subappaltare è contenuta entro il limite massimo del 30% dell'importo complessivo contrattuale;
- di uniformarsi alla disciplina vigente in materia di subappalto;
- di indicare la seguente terna di subappaltatori:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA

TIMBRO DELL'IMPRESA CONCORRENTE E  
FIRMA LEGGIBILE DEL DICHIARANTE

**N.B.** Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

**N.B.** Nel caso di sottoscrizione da parte di procuratore munito di idonei poteri andrà allegata copia, conforme all'originale, della relativa procura.