



REGIONE PUGLIA

**SERVIZIO AFFARI GENERALI**  
**AREA ORGANIZZAZIONE E RIFORMA DELL'AMMINISTRAZIONE**

**ALLEGATO 4**

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE  
MODALITA' ESECUTIVE DEL  
SERVIZIO**

**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA  
EQUIDI DELL'UFFICIO INCREMENTO IPPICO DI FOGGIA**

**CIG : 5293931210**



REGIONE PUGLIA

## SERVIZIO AFFARI GENERALI

### AREA ORGANIZZAZIONE E RIFORMA DELL'AMMINISTRAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_ domiciliato per la carica presso la sede societaria ove appresso, nella sua qualità di \_\_\_\_\_ e legale rappresentante della \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, e partita IVA n. \_\_\_\_\_.

*consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione questa impresa decadrà dai benefici e dalle autorizzazioni per le quali la dichiarazione è stata rilasciata*

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'impresa, in caso di aggiudicazione della gara, si obbliga ad eseguire il servizio secondo le modalità di seguito riportate:

1) Personale dipendente (ovvero socio cooperatore):

**(INDICAZIONI DA OSSERVARE A PENA DI ESCLUSIONE: dovranno essere elencate almeno n. 7 unità di personale; all'interno della tabella inserire anche il nominativo dell'autista; dovrà essere allegato per ciascuna unità il relativo C.V. sottoscritto dall'interessato con allegata copia del documento di riconoscimento di quest'ultimo)**

Nome e cognome	CCNL	Livello	Qualifica e mansione	Ore settimanali di lavoro



REGIONE PUGLIA

## SERVIZIO AFFARI GENERALI

### AREA ORGANIZZAZIONE E RIFORMA DELL'AMMINISTRAZIONE


2) Servizio di assistenza sanitaria garantito dal Dott. ....  
Specializzato in medicina e chirurgia del cavallo. (**A PENA DI ESCLUSIONE** dovrà essere allegato il relativo C.V. sottoscritto dall'interessato con allegata copia del documento di riconoscimento di quest'ultimo);

Il sottoscritto dichiara , altresì , di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Impresa verrà esclusa dalla presente procedura di gara, per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima; inoltre, di essere consapevole che, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula del contratto, questo s'intenderà risolto ai sensi degli artt. 1456 e ss. cod. civ.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B.: La presente dichiarazione deve esse prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, pena l'esclusione dalla gara.**