REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ENTE FORESTE DELLA SARDEGNA

Servizio Territoriale di Oristano

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE

Oggetto: Ripulitura viali parafuoco con mezzi meccanici, nelle unità gestionali di base del Servizio Territoriale di Oristano cod. CIG [1698503104]

Il sottoscritto …… nato a ..…… il ……..

residente a …… via …… n. ……

in qualità di …… dell'Impresa ..……
.
con sede in …… Via ……..……

ovvero Capogruppo delle Imprese
……..……..

……

In nome e per conto della medesima Impresa (o dell'Associazione Temporanea di Imprese sopraddetta), valendosi della facoltà concessagli dal D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni, ai fini della partecipazione all'appalto dei lavori di cui all'oggetto, consapevole delle responsabilità cui può incorrere in caso di false dichiarazioni, ai sensi dell'art. 496 del Codice Penale.

DICHIARA

- che successivamente alla ricezione dell'invito alla procedura aperta in argomento ha visitato le località in cui dovrà essere eseguito il lavoro e di ha preso visione e conoscenza delle condizioni locali e di tutte le circostanze generali e particolari implicanti il lavoro da eseguire.

- che la ditta si impegna a rispettare le normative di sicurezza negli ambienti di lavoro e che si adeguerà alle previsioni di questa Amministrazione in materia.

- che in caso di aggiudicazione presenterà il Piano Operativo di Sicurezza (POS), nonché i documenti di immatricolazione dei mezzi che si intende utilizzare;
- che in caso di aggiudicazione tutti gli operatori dovranno essere dotati di tesserino di riconoscimento;
- che i mezzi meccanici che si utilizzeranno sono conformi alle vigenti normative CE o, qualora fossero fabbricati prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 24/07/1996 n°459, che sono rispondenti alle normative di sicur ezza sulle macchine e possono legalmente essere utilizzati in data odierna.

am/ MA – App e acq.

ELENCO MEZZI

Tipo_____Potenza _____Anno Immatr._____

Tipo_____Potenza _____Anno Immatr._____

Tipo_____Potenza _____Anno Immatr._____

Tipo_____Potenza _____Anno Immatr._____

Tipo_____Potenza _____Anno Immatr._____

L'IMPRESA
(Firma leggibile per esteso con data e luogo di nascita)
……

……

am/ MA – App e acq.