

**Allegato 8**  
**(da inserire nella busta B – "offerta tecnica")**

Spett.le  
Comune di Jolanda di Savoia  
Settore Economico - Finanziario  
Piazza Unità D'Italia  
44037 Jolanda di Savoia FE

OGGETTO: Procedura telematica aperta per l'affidamento dei servizi assicurativi del Comune di Jolanda di Savoia mediante il criterio del minor prezzo ai sensi dell'art. 95 c.4 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. - DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INTEGRALE CAPITOLATO ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

**LOTTO n. 3) Tutela Legale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Codice  
fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante / procuratore fornito  
dei poteri necessari dell'impresa offerente

**DICHIARA**

(barrare la voce che interessa)

- ☐ di accettare integralmente senza alcuna riserva, né restrizione tutte le clausole e le condizioni previste dal/i Capitolato/i Speciale/i

A tal fine dichiara che la dichiarazione viene presentata:

- ☐ singolarmente  
☐ in RTI costituendo con le imprese

- ☐ in RTI costituito con le imprese

- ☐ da consorzio costituito con le imprese

☐ da consorzio costituendo con le imprese

\_\_\_\_\_

☐ in coassicurazione (precisare di seguito le quote del riparto):

1) \_\_\_\_\_ quota \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ quota \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ quota \_\_\_\_\_

Luogo, data

Il dichiarante

(timbro, firma per esteso e leggibile)

*N.B. Nel caso di Coassicurazione e di R.T.I. già costituito la dichiarazione deve essere firmata dalla sola impresa delegataria/mandataria, mentre nel caso di R.T.I. non ancora formalmente costituito la stessa dichiarazione deve essere sottoscritta da ciascun rappresentante legale delle Compagnie raggruppande o da loro procuratore, allegando copia fotostatica di documento di riconoscimento del dichiarante e, nel caso di sottoscrizione da parte di un procuratore, copia fotostatica della procura.*

*Allegare copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore.*