



Servizio Sanitario Nazionale  
Azienda Ospedaliera Di Rilievo Nazionale  
**“SANTOBONO PAUSILIPON”**  
Via Teresa Ravaschieri, 8  
(già Via della Croce Rossa, 8) – 80122 NAPOLI

### Allegato 3

**OGGETTO:** Procedura negoziata, ai sensi dell’art. 63, comma 2, lettera b), D.lgs. 50/2016 per la fornitura, con posa in opera, di n. 1 sistema robotizzato per chirurgia O.R.L. RobOtol con assistenza e manutenzione full risk per n.5 anni comprensivo di accessori, dichiarato infungibile, per le esigenze della U.O.C. Otorinolaringoiatria – importo complessivo a base di gara € 525.000,00 oltre iva finanziati con fondi POR-Campania FESR 2014-2020 – Asse 1 – Obiettivo 1.6 – Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 269 del 17/05/2023 - CUP: H69I23000180006.

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ E DI CERTIFICAZIONE (ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 445/28.12.2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto (1) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, nella propria qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, valendosi della facoltà concessa dall’art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’

- che la ditta \_\_\_\_\_ è il distributore esclusivo su tutto il territorio (2) \_\_\_\_\_ dei dispositivi a marchio \_\_\_\_\_
- che il prodotto offerto (3) \_\_\_\_\_ è coperto da Privativa Industriale ed è pertanto tutelato dai Diritti Esclusivi per le sue particolari caratteristiche tecniche e qualitative;
- che quanto dichiarato è comprovato mediante la produzione dei seguenti documenti allegati;
- che ai sensi dell’art. 19 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante attesta che sono conformi agli originali (specificare):

- ❖ copia della dichiarazione di esclusività rilasciata dalla \_\_\_\_\_ (ditta produttrice);
- ❖ copia della dichiarazione N° Brevetto \_\_\_\_\_ rilasciata dalla \_\_\_\_\_ (ditta produttrice).

**IL DICHIARANTE**  
\_\_\_\_\_ ( FIRMATO DIGITALMENTE)\_\_\_\_\_