Firenze, lì Al Direttore del

Dipartimento di Scienze della Salute

Sede

# **DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA’ O SPECIFICITA’ TECNICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in relazione alla richiesta di acquisizione dei seguente/i servizio/prodotto

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

del fornitore

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che l’unicità del fornitore è motivata come segue:

In fede

Il Richiedente Il Responsabile Scientifico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_