

ALLEGATO E)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione - ANTIMAFIA**  
*(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 89 D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii)*

**OGGETTO:** Servizio di "MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA" ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ss.mm.ii.

**CIG: Z6626C2976**

Il/La sottoscritto/a..... consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni in caso di **dichiarazioni false**, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi, nonché contenenti dati non rispondenti a verità; consapevole inoltre che l'Amministrazione procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera come previsto dall'art. 75 del decreto citato

**DICHIARA**

di essere nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

codice fiscale \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_)

C.A.P. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

di essere di nazionalità \_\_\_\_\_

di essere titolare della carica/qualifica di \_\_\_\_\_

nell'impresa \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii**

**Luogo e data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma\*** \_\_\_\_\_

N.B. - Si allega documento di riconoscimento.