

ALLEGATO F)

**Modello – informazione antimafia**  
**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi (compresi quelli di fatto)**

**La presente dichiarazione deve essere resa dal Legale rappresentante/Amministratori muniti di potere di rappresentanza/ Soci di maggioranza/ Direttori tecnici**

Oggetto: Servizio di “MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA” ai sensi del D.Lgs. 81/2008 ss.mm.ii.

**CIG: Z6626C2976**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
**(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

della ditta \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità**

**D I C H I A R A**

ai sensi del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante(\*)

**NB) Allegare documento di identità in corso di validità.**