

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.