

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA  
FORNITURA DI UN MICROSCOPIO DIGITALE CON  
TELECAMERA ORBITALE AD APPROCCIO ESOSCOPICO DA  
DESTINARE AL REPARTO DI NEUROCHIRURGIA DEL P.O.  
S.M. GORETTI DI LATINA**

*Allegato 1.b Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi*

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

**Compilare in formato word o a stampatello**

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

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

della società \_\_\_\_\_

**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**

**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

C.F. \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

**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.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del dichiarante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il presente modello potrà essere adattato alle esigenze dell'impresa partecipante, purché vengano riportate tutte le voci in esso contenute.