



AZIENDA OSPEDALIERA "Pugliese Ciaccio"  
Via V.Cortese,10 - Catanzaro  
SOC Provveditorato, economato e gestione logistica



All'Azienda Ospedaliera  
Pugliese-Ciaccio  
Via Vinicio Cortese, 10  
88100 Catanzaro

OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER LA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO CON PIU' OPERATORI ECONOMICI PER LA FORNITURA DI DISPOSITIVI IMPIANTABILI PER LA STRUTTURA DI ELETTROFISIOLOGIA ED ELETTROSTIMOLAZIONE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)  
Compilare in formato word o a stampatello  
Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi antimafia

Il sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ 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 \*\*:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data di  
nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data di  
nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data di  
nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data di  
nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

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(\*)

N.B.: La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato Word o a stampatello la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) La dichiarazione sostitutiva va redatta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs. 159/2011.

(\*\*) Per "familiari conviventi" si intende "chiunque conviva" con i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs. 159/2011, purché maggiorenni.