

**ALLEGATO O (Modulo Familiari conviventi)**

**OGGETTO: GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.LGS. 36/2023, PER L'APPALTO DEL SERVIZIO CHIAVI IN MANO PER LA GESTIONE E LA TRACCIABILITA' DEI DISPOSITIVI MEDICI MONOUSO ED IMPIANTABILI PER UN PERIODO DI NOVE ANNI, OCCORRENTE ALL'ASL CN2 ALBA-BRA ID SINTEL XXXXX – CIG N. XXXXXXXX**

**DICHIARAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI DI MAGGIORE ETÀ'**

\_I\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_

sede legale in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Part. I.V.A. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione il concorrente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 85, del D.Lgs 159/2011 e s.m.i., di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara di essere informato/a, ai sensi del nuovo Regolamento UE 679/2016 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali o raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità

**DA INSERIRE NELLA BUSTA CONTENENTE LA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA**