



CLASSIFICAZIONE DEL DOCUMENTO: CONSIP PUBLIC

## **ALLEGATO 7**

### **FACSIMILE DICHIARAZIONE RILASCIATA**

### **ANCHE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000**

*(N.B. la presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000. Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli articoli 18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000)*



Spett.le  
**Consip S.p.A.**  
Via Isonzo, 19/E  
00198 ROMA

**DICHIARAZIONE ANCHE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 PER LA PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DI UN ACCORDO QUADRO AVENTE AD OGGETTO LA FORNITURA DI CARTE NAZIONALI DEI SERVIZI TESSERE SANITARIE TS/TS-CNS – ID 2713**

\_\_I\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_Codice \_\_\_\_\_ Fiscale \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ qualità  
di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

Classificazione del documento: Consip public

Procedura aperta per l’affidamento di un Accordo Quadro avente ad oggetto la fornitura di carte nazionali dei servizi tessere  
sanitarie TS/TS-CNS – ID 2713



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

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

\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ di

nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

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

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Con la firma del presente documento il sottoscritto dichiara altresì, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nel Disciplinare di gara e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche giudiziari, mediante strumenti manuali ed informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara e per le finalità ivi descritte; dichiara, inoltre, di essere stato informato circa i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del Regolamento UE n. 2016/679.

Si impegna, inoltre, ad adempiere agli obblighi di informativa e di consenso, ove necessario, nei confronti delle persone fisiche (Interessati) di cui sono forniti dati personali nell'ambito della procedura di affidamento, per consentire il trattamento dei loro Dati personali da parte della Consip S.p.A. o dalle Amministrazioni per le finalità descritte nell'informativa.

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

Firma

\_\_\_\_\_