

CLASSIFICAZIONE: CONSIP PUBLIC

ALLEGATO 6

FACSIMILE DICHIARAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI

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

GARA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI SUPPORTO, GESTIONE E SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE PER IL MINISTERO DELLA SALUTE – ID 1974

(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 GARA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI SUPPORTO, GESTIONE E SVILUPPO DEL SISTEMA
INFORMATIVO SANITARIO NAZIONALE PER IL MINISTERO DELLA SALUTE – ID 1974**

Io 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 _____
Nome _____ Cognome _____
Luogo e data di nascita _____ residenza _____

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 essere consapevole che i dati personali, anche giudiziari, raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara e per le finalità ivi descritte, e di essere stato informato circa i diritti di cui agli artt. da 15 a 23 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 della Committente per le finalità descritte nell'informativa.

_____, li _____

Firma

Classificazione del documento: Consip Public

Gara per l'affidamento dei servizi di supporto, gestione e sviluppo del Sistema Informativo Sanitario Nazionale per il Ministero della Salute – ID 1974

Allegato 6 - Facsimile Dichiarazione familiari conviventi

2 di 2