

**PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI
RISTORAZIONE PER L’AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA “ASP SENECA”**

CIG 91779869A3

**ALLEGATO 6
MODELLO FAMILIARI CONVIVENTI ART. 80**

DICHIARAZIONE DI SOGGETTO SOTTOPOSTO A VERIFICA ANTIMAFIA (ART. 85 D. LGS. 159/2011). (FAMILIARI CONVIVENTI) Dichiarazione sostitutiva di certificazione (D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

IL sottoscritto (nome e cognome) _____
nato a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____ in Via
_____ C.F. _____

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

che per la società _____ ricopre la carica di _____

e che dal proprio stato di famiglia risultano i seguenti familiari conviventi:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CODICE FISCALE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n. 196/2003 e del Regolamento (UE) del Parlamento e del Consiglio europeo n. 2016/679, che il trattamento dei dati personali conferiti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679, a cui si rinvia.

Data _____

Firma leggibile del dichiarante

Si allega copia documento di identità del dichiarante