

APPALTO PER L'AFFIDAMENTO IN CONCESSIONE MEDIANTE PROCEDURA APERTA
DEL SERVIZIO DI ASILO NIDO COMUNALE
DAL 01.09.2020 AL 31.08.2025- CIG 835254522F

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(d.p.r. n. 445 del 28.12.2000)**

IL SOTTOSCRITTO..... NATO A
.....PROV.....IL.....RESIDENTE A
.....VIA/PIAZZA.....N.....I
N QUALITA' DIDELLA
SOCIETA'

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguenza decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (“Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia”) di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

| COGNOME | NOME | NATO/A IL (data e luogo) | CODICE FISCALE |
|---------|------|--------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs 196/2003, per le parti ancora in vigore, e ai sensi del Regolamento UE/2016/679 (GDPR) (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 (*)

(*)Si allega copia del documento d'identità del dichiarante