

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p>	<b>AZIENDA OSPEDALIERA “Pugliese Ciaccio”</b> <i>Via V.Cortese,10 - Catanzaro</i> <b>SOC</b> Provveditorato, economato e gestione logistica	
---	---	---

Procedura aperta ai sensi degli artt. 58 e 60 del D.L.vo. n. 50/2016, suddivisa in n° 101 lotti, avente ad oggetto l'affidamento della fornitura **dispositivi medici e materiale di consumo occorrenti alla SOC di Gastroenterologia Digestiva ed alla SOD di Endoscopia Chirurgica** per 60 mesi da aggiudicare con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo per un importo totale presunto, posto a base d'asta, pari ad € 3.264.868,00 iva esclusa. Numero Gara: 7742732

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)  
Compilare in formato word o a stampatello  
Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi antimafia

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

ai sensi dell'art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 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 \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

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

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

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di 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.

N.B.: La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato Word o a stampatello la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) La dichiarazione sostitutiva va redatta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs. 159/2011.

(\*\*) Per "familiari conviventi" si intende "chiunque conviva" con i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs. 159/2011, purché maggiorenni.