**DICHIARAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI**

**resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000**

**Procedura aperta telematica per la stipula di una Polizza rimborso spese mediche e di una Polizza infortuni cumulativa.**

**CIG 918117514B**

**R.A. 073\_22\_PA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a**  |  |
| **Nato/a a** |  | **Prov.**  | **(     )** | **il** | **/     /** |
| **In qualità di (*selezionare, in alternativa, la casella corrispondente*):** |
| **[ ]**  |  **e Legale rappresentante**  |
| **ovvero** |
| **[ ]**  | **Procuratore (*in tal caso indicare gli estremi della relativa procura e inserire nel sistema copia della stessa*)** |  |
| **dell’operatore economico:** | **Indicare Ragione sociale per esteso** |
| **con sede legale in:** |
| **Via** |  | **n.** |  |
| **C.A.P.** |  | **Città** |  | **Prov.** | **(     )** |
| **Telefono** |  | **Fax** |  |
| **e-mail** |  | **Indirizzo di Posta elettronica certificata** |  |

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 DPR 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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

* che i familiari conviventi di maggiore età, per ciascuno dei soggetti di cui all’articolo 85 del D.Lgs. 159/2011, sono i seguenti:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Soggetto articolo 85 del D.Lgs. 159/2011** | **Nome e Cognome****(inserire grado di parentela)** | **Luogo di Nascita** | **Data di nascita** | **Residenza** | **Codice Fiscale** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* che per i seguenti soggetti, di cui all’articolo 85 del D.Lgs. 159/2011, non sono presenti familiari conviventi di maggiore età:

|  |
| --- |
| **Soggetto articolo 85 del D.Lgs. 159/2011** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di acconsentire, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (“GDPR”), al trattamento dei dati personali per le basi giuridiche e finalità indicate nell’informativa presente sul Portale fornitori da me letta e conosciuta.

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo** | **Data** |
|  |  |
| **Sottoscritto digitalmente da:** |