**DICHIARAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI**

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

**PROCEDURA TELEMATICA APERTA PER LA STIPULA DI UNA POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE DI SPORT E SALUTE S.P.A. FEDERAZIONI SPORTIVE NAZIONALI E FSN PARALIMPICHE, CONINET, NADO, PARCO DEL FORO ITALICO (PFI), COMITATO ITALIANO PARAOLIMPICO (CIP), UNIONE ITALIANA TIRO A SEGNO (UITS), DISCIPLINE SPORTIVE ASSOCIATE CHE ADOTTANO IL CCNL SPORT E SALUTE**

**R.A. 01\_24\_AD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 l’operatore economico 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:** | |