



ACCORDO QUADRO PER L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI E L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI DI SUPPORTO IN AMBITO «SANITA’ DIGITALE - SISTEMI INFORMATIVI CLINICO-ASSISTENZIALI» PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DEL SSN (ID 2202)
LOTTO 1 “CARTELLA CLINICA ELETTRONICA ED ENTERPRISE IMAGING – NORD”
CUP: E89I22000050006

APPALTO SPECIFICO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI MANUTENZIONE EVOLUTIVA DEL SOFTWARE DI CARTELLA CLINICA ELETTRONICA E DI ALTRI SOFTWARE CORRELATI, DEI SERVIZI DI GESTIONE APPLICATIVA E PER LA FORNITURA DI PACCHETTI APPLICATIVI INERENTI LE AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

**ALLEGATO 6 - FACSIMILE DICHIARAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI
(ALLEGATO ALLA RICHIESTA D’OFFERTA)**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Compilare in formato ODT o a stampatello

I sottoscritt_ (nome e cognome) _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ 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 _____

C.F. _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____





C.F. _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F. _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F. _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F. _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F. _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

C.F. _____



Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (nel seguito anche "Regolamento UE" o "GDPR"), la scrivente Amministrazione tratterà i dati personali forniti con la presente dichiarazione con le modalità descritte al Capitolo 7 della Richiesta di offerta.

data

firma leggibile del dichiarante (*)

N.B.: La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato ODT 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 intendono "chiunque conviva" con i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011, purché maggiorenni.



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano TORINO
Centralino tel. +39 011.90261 – fax +39 011.9026602
e-mail: urp@sanluigi.piemonte.it
Cod. Fisc 95501020010 – P.I. 02698540016



www.regione.piemonte.it/sanita