

**ALLEGATO 5) - FAC SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEI FAMILIARI CONVIVENTI**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**(Ex artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000)**

---

**OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DISORVEGLIANZA  
SANITARIA PER LE SOCIETÀ DEL GRUPPO BRESCIA MOBILITÀ.  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEI FAMILIARI CONVIVENTI.**

---

Il sottoscritto

nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

che si identifica mediante il seguente documento di identità

\_\_\_\_\_

n.ro \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_

**in qualità di \_\_\_\_\_/Legale rappresentante**

(eventualmente giusta procura generale/speciale in data \_\_\_\_\_ a rogito Dott.

Notaio \_\_\_\_\_ Rep. n. \_\_\_\_\_

Racc. n. \_\_\_\_\_ che si allega in copia conforme all’originale) di

\_\_\_\_\_

forma giuridica \_\_\_\_\_

Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

con sede legale in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, recante “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”, (il “d.P.R. 445/2000”), consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste dall’art. 76 del medesimo d.P.R. in**

## ALLEGATO 5) - FAC SIMILE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEI FAMILIARI CONVIVENTI

**caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nell'ambito della procedura di cui in oggetto**

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 85, co. 3, del D.Lgs. 6.9.2011, n. 159 e ss.mm.ii. (il "D.Lgs. 159/2011"):

di avere i seguenti familiari conviventi<sup>1</sup> di maggiore età:

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA NASCITA	LUOGO NASCITA	LUOGO DI RESIDENZA

**o, *alternativamente***

di **NON** avere familiari conviventi di maggiore età;

### ALLEGA

copia fotostatica di documento di riconoscimento, in corso di validità, del sottoscrittore.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Per "familiare convivente" si intende "chiunque conviva" con il dichiarante, purché maggiorenne.