

## **ALLEGATO 8**

### **FACSIMILE DICHIARAZIONE RILASCIATA**

#### **ANCHE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000**

*(N.B. la presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000.*

*Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli articoli 18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000)*



Spett.le  
**Consip S.p.A.**  
Via Isonzo, 19/E  
00198 ROMA

**DICHIARAZIONE ANCHE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000  
PER L'APPALTO DI DEL SERVIZIO DI GESTIONE DEI PRESIDI SANITARI DI PRIMO INTERVENTO MEDICO  
PRESSO LE SEDI DI VIA XX SETTEMBRE E DI VIA ATANASIO SOLDATI DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C  
odice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della  
società \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 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**

ai sensi dell'art. 85, del D.Lgs 159/2011 e s.m.i., di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Con la firma del presente documento il sottoscritto dichiara altresì, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nel Disciplinare di gara e di acconsentire al trattamento dei dati

Classificazione del documento: Consip Public

Gara a procedura aperta ai sensi del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., per l'affidamento del servizio di gestione dei presidi sanitari di primo intervento medico presso le sedi di via XX Settembre e di via Atanasio Soldati del Ministero dell'Economia e delle Finanze – ed.1

Allegato 8 - Facsimile Dichiarazione familiari conviventi



personali, anche giudiziari, mediante con strumenti manuali ed informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara e per le finalità ivi descritte; dichiara, inoltre, di essere stato informato circa i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del Regolamento UE n. 2016/679.

Si impegna, inoltre, ad adempiere agli obblighi di informativa e di consenso, ove necessario, nei confronti delle persone fisiche (Interessati) di cui sono forniti dati personali nell'ambito della procedura di affidamento, per consentire il trattamento dei loro Dati personali da parte della Consip S.p.A. e/o della Committente per le finalità descritte nell'informativa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

---

Classificazione del documento: Consip Public

Gara a procedura aperta ai sensi del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., per l'affidamento del servizio di gestione dei presidi sanitari di primo intervento medico presso le sedi di via XX Settembre e di via Atanasio Soldati del Ministero dell'Economia e delle Finanze – ed.1

Allegato 8 - Facsimile Dichiarazione familiari conviventi