

AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi dell'art. 89 del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (Codice delle leggi antimafia)

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome
Codice Fiscale Nato a il
Residente in Via/Piazza n.
Comune (.....)
Telefono Cellulare
e-mail PEC
In qualità di Titolare/Legale rappresentante dell'Ente
Gestore della Struttura Sanitaria denominata
sita in.....via.....telefono

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159 del 06/09/2011.

ALLEGA

- ☒ fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Pavia;

Data

Firma del dichiarante