

All.to 8 al Capitolato speciale

Dichiarazione familiari conviventi

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Oggetto:

SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

OCCORRENTE ALLA CASA CIRCONDARIALE "SAN VITTORE" DI MILANO, ALLE CASE DI RECLUSIONE DI OPERA E BOLLATE DI MILANO, ALL'AMBULATORIO ODONTOIATRICO DI VIA BELDILETTO N. 1, MILANO ED ALLE SEDI DEL SERD AREA PENALE E PENITENZIARIA PRESENTI PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE SAN VITTORE, LA CASA DI RECLUSIONE DI BOLLATE, LA CASA DI RECLUSIONE DI OPERA, L'ISTITUTO PENALE MINORILE CESARE BECCARIA DI MILANO E RELATIVE SEDI TERRITORIALI DELL' ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO - CIG 789911296D.

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

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 _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

data

Firma digitale
Il Legale Rappresentante/Procuratore

(*) Per “**familiari conviventi**” si intendono “**chiunque conviva**” con i soggetti di cui all’art. 85 del D.Lgs 159/2011, purché maggiorenni.