

"Mod. 3 - Informativa e consenso - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. Progetto Home Care Premium 2017".

**INFORMATIVA E CONSENSO AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Il/La sottoscritto/a _____, nel trasmettere i propri dati al Distretto Socio Sanitario LT4 ("Mod.1", "Mod.2" e "Mod. 3"), acconsente al trattamento e all'utilizzo degli stessi.

Luogo e data _____

Timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____, residente in _____ Via _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole che, se in seguito a verifica effettuata dal Piano di Zona Ambito S6, la dichiarazione resa dal sottoscritto dovesse rivelarsi mendace, ciò comporterebbe la decadenza dal beneficio conseguito ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

DICHIARA

che quanto riportato nella presente modulistica ("Mod.1", "Mod.2" e "Mod. 3") corrisponde al vero.

SI ALLEGA alla presente:

Fotocopia del documento d'identità.

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

***NOTA BENE: In caso di Consorzio la presente dichiarazione deve essere presentata, a firma del Legale Rappresentante, da ogni società indicata quale esecutore del servizio.**