

Allegato “C”

Bando per l’offerta tramite accreditamento del servizio di assistenza per l’autonomia e la comunicazione a favore di alunni con disabilità residenti nell’Ambito territoriale sociale di Sondrio, anni scolastici 2026/2027 e 2027/2028 (con possibilità di prosecuzione massimo ulteriori 2 anni scolastici)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE FAMILIARI CONVIVENTI

(resa ai sensi dell’art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa d.P.R. n. 445/2000)

Compilare tutte le sezioni pertinenti in stampatello

I sottoscritt_ (cognome e nome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. ___ in qualità di _____
_____ (*) dell’operatore economico _____

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

ai sensi dell’art. 85, comma 3, del d.lgs. 159/2011,

di avere i seguenti **familiari conviventi (**)** di maggiore età (aggiungere eventuali righe necessarie):

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA NASCITA	LUOGO NASCITA	LUOGO DI RESIDENZA (COMUNE, VIA/PIAZZA)

o. alternativamente

di **NON avere familiari conviventi (**)** di maggiore età.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, che gli interessati al trattamento hanno preso visione dell’informativa rilasciata dal Titolare del trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 – GDPR – pubblicata nella sezione dedicata alla misura agevolativa sul sito istituzionale del Ministero e di essere informati che i dati personali conferiti sono prescritti come necessari dalle disposizioni vigenti ai fini dell’istruttoria del procedimento qui avviato e che a tale scopo saranno trattati, anche con strumenti informatici. Il mancato conferimento dei dati personali non consentirà il prosieguo dell’istruttoria. Ogni interessato, ai sensi degli artt. 15 e seguenti del GDPR, potrà avanzare richieste per l’esercizio dei propri diritti secondo le modalità indicate nella sopra richiamata informativa.

_____ Data (solo se firma autografa)

_____ firma del dichiarante (***)

(*)

La presente dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da ciascuna delle persone fisiche che rientrano, nei rapporti con l'operatore economico, in una delle posizioni elencate all'art. 85, comma 1, 2, 2-bis, 2-ter e 2-quater del d.lgs. 159/2011 ("Soggetti sottoposti alla verifica antimafia")

(**)

Per "**familiare convivente**" si intende **chiunque conviva con il dichiarante, purché maggiorenne**.

(***)

Il presente documento deve essere **sottoscritto** alternativamente:

- con **firma digitale**, ai sensi del d.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e del d.P.C.M. 30 marzo 2009 ss.mm.;
- con **firma autografa** resa autentica allegando copia fotostatica di documento di identità ai sensi dell'art. 38, comma 3, del d.P.R. 445/2000

***N.B.:** La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.*

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, d.P.R. 445/2000).

*In caso di **dichiarazione falsa** il dichiarante sarà **denunciato all'autorità giudiziaria**.*