



# AZIENDA OSPEDALIERA DI DESIO E VIMERCATE

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 e 38 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

### RAPPRESENTANTE LEGALE

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
*cognome* *nome*

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Documento Identità: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
*Tipo* *numero*

**consapevole** delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e dall'art.483 del Codice Penale, ed altresì della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**consapevole**, inoltre, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell' art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

### DICHIARA DI ESSERE RAPPRESENTANTE LEGALE DI

Società, ente, Istituto \_\_\_\_\_  
*denominazione*

indirizzo: \_\_\_\_\_  
*via, numero*

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*C.A.P.* *Comune* *Nazione*

Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di essere informata/o, ai sensi del D.Lgs 196/03 e s.m.i., che i dati raccolti sono necessari per il procedimento e che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e nel rispetto dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03 e s.m.i.

### IL DICHIARANTE

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, c.3, DPR 445/2000 e s.m.i.).*