**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(D.P.R. 445 del 28/12/2000)

|  |  |
| --- | --- |
| IL SOTTOSCRITTO |  |
| NATO A ……. IL  |  |
| CODICE FISCALE |  |
| RESIDENZA |  |
| NELLA SUA QUALITÀ DI |  |
| DELL’IMPRESA |  |
| P. IVA |  |

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)

**D I C H I A R A**

ai sensi dell’art. 85, comma 3 del D. Lgs. n. 159/2011 (\*) e ss.mm.ii.

(\*) *3. L'informazione antimafia deve riferirsi anche ai familiari conviventi di maggiore età dei soggetti di cui ai commi 1, 2, 2-bis, 2-ter e 2-quater*.

□ Di avere i seguenti familiari conviventi (1) di maggiore età

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Luogo e data di nascita | Codice fiscale | Residenza |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□ di NON avere familiari conviventi di maggiore età

Il/la sottoscritto/a **dichiara** inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e del D. Lgs. n. 196/2003, in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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 cittadino sarà denunciato all’autorità giudiziaria.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

(1) Per “familiari conviventi” si intende “chiunque conviva” con i soggetti di cui all’art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011