

ALLA PRESIDENTE DELLA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
In qualità di Commissario Delegato
Viale Aldo Moro 64
40127 BOLOGNA

DICHIARAZIONE DI SOGGETTO SOTTOPOSTO A VERIFICA ANTIMAFIA (ART. 85 D. LGS. 159/2011). (FAMILIARI CONVIVENTI)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

l sottoscritt_ (nome e cognome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____

via/piazza _____ n. _____ C.F. _____

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

che per la società _____

ricopre la carica di _____

e che dal proprio stato di famiglia risultano i seguenti familiari conviventi:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CODICE FISCALE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di 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.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante

Si allega copia documento di identità del dichiarante