

All’Agenzia del Demanio

Dichiarazione sostitutiva

per l’affidamento del servizio di check-up medico in favore del personale dirigente dell’Agenzia del Demanio per il biennio 2017 - 2019

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
CF _____ residente a _____ (____), via
_____ n. _____ in qualità di:

- (se del caso) legale rappresentante
- (se del caso) procuratore generale/speciale, giusta procura allegata

del concorrente _____
(*indicare la denominazione sociale*) _____ (*indicare la forma giuridica*)
_____ (*indicare la sede legale*)
_____ (*indicare CF e PI*)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall’art. 76 del citato D.P.R. in merito alla responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi

DICHIARA

che il concorrente non si trova nelle condizioni di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016

ED ALLEGA

copia di un proprio valido documento di riconoscimento

Luogo e data

Timbro e firma