

S.C. AMMINISTRATIVA DELLA RICERCA  
TEL. 081/5903.294-450

**ALLEGATO N. 5 - Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

**Oggetto: Procedura negoziata per l'appalto di servizi per la produzione di peptidi in standard Good Manufacturing Practice GMP.**

**C.I.G. n. 62006699EC – CUP: H68C13000040006**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)  
**Compilare in formato word o a stampatello**

\_\_l\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della società \_\_\_\_\_

**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 \*\*:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

**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(\*)

**N.B.: La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato Word o a stampatello**

S.C. AMMINISTRATIVA DELLA RICERCA  
TEL. 081/5903.294-450

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 cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria.**

(\*) La dichiarazione sostitutiva va redatta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D.lgs. 159/2011.

(\*\*) Per “**familiari conviventi**” si intendono “**chiunque conviva**” con i soggetti di cui all'art. 85 del D.lgs. 159/2011, purché maggiorenni.