



Centro di servizi – Casa di Riposo “Francesco Fenzi”

www.casafenzi.it

ALLEGATO “1”

Al Centro Servizi Casa di Riposo Fenzi
Viale Spellanzon 62
31015 Conegliano TV
casa.fenzi@legalmail.it

Dichiarazione sostitutiva requisiti ai sensi del DPR 445/2000

Il sottoscritto
nato a(.....) il
domiciliato per la carica ove appresso, in qualità di
della impresa
con sede in (...), Via

pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione, esibizione o uso di atti falsi ovvero di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

dichiara ed attesta sotto la propria responsabilità

- 1) di voler partecipare alla procedura per l’affidamento del servizio di fornitura a domicilio di farmaci da banco per gli ospiti autosufficienti del Centro Servizi Casa Fenzi;
- 2) di essere in possesso di autorizzazione sanitaria all’apertura ed esercizio n. rilascia dall’ULSS n. in data
 - forma giuridica
 - sede.....
 - codice fiscale e partita iva



Centro di servizi – Casa di Riposo “Francesco Fenzi”

www.casafenzi.it

- titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari (**indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza**):

Nome	Cognome	Qualifica	Data e luogo di nascita		Residenza	Codice fiscale

- 3) di non rientrare in nessuna delle condizioni previste dall'art. 80 comma da 1 a 5, D. Lgs. 50/2016;
- 4) l'indirizzo di posta certificata presso il quale ricevere tutte le successive comunicazioni.

Si ricorda di allegare alla presente la copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, li _____

TIMBRO E FIRMA
