**Modello – informazione antimafia - Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

**N.B.:**

1. 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);
2. **l’autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori/componenti organismo direttivo**;
3. Per “familiari conviventi” si intende “chiunque conviva” con i soggetti di cui all’art. 85 del d.lgs. n. 159/11.

A

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE**

**Comune di Caulonia**

Via Brigida Postorino

Caulonia

\_l\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **DATA NASCITA** | **LUOGO NASCITA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

**Firma leggibile**

**Allegare documento di identità del dichiarante.**