



## COMUNE DI BUCCHERI

(Libero Consorzio Comunale di Siracusa)

Palazzo Municipale "Dott. Vito Spanò"

P.za Toselli n. 1 – 96010 Buccheri

Tel. 0931 880359 – Fax 0931 880559

### MODELLO – INFORMAZIONE/COMUNICAZIONI ANTIMAFIA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA FAMILIARI CONVIVENTI (COMPRESI QUELLI DI FATTO)

La presente dichiarazione deve essere resa dal Legale rappresentante/Amministratori muniti di potere di rappresentanza/ Soci di maggioranza/ Direttori tecnici

OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TESORERIA COMUNALE PER IL PERIODO 01/07/2017 – 31/12/2021

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

Il/La sottoscritt\_\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di

\_\_\_\_\_ della ditta/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

**D I C H I A R A**

ai sensi del D.Lgs. n. 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

---

---

---

---

---

---

---

**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.**

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma leggibile del dichiarante)

**NB: allegare documento di identità in corso di validità.**