

Allegato D) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Avviso di istruttoria pubblica per presentazione di manifestazione di interesse finalizzata all'individuazione di un soggetto con cui co-progettare la realizzazione di interventi e servizi per persone con disabilità grave prive di sostegno familiare di cui alla L 112/2016 come definito nelle varie deliberazioni della DGRT che si sono succedute nel tempo, da ultimo la DGRT 508/2024.

(da restituire in carta libera debitamente compilata e sottoscritta digitalmente)

**CARTA INTESTATA ENTE/ASSOCIAZIONE**

(Indirizzo, Tel., Cell., Web, e-mail)

Alla Società della Salute della Lunigiana  
Largo Giromini, 2  
54011 Aulla

La sottoscritta /Il sottoscritto:

(cognome) \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_

nata/o \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ Legale Rappresentante della:  
Organizzazione

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

avvalendosi della facoltà concessagli dagli articoli 46 e 47 del DPR n° 445/2000, per la documentazione relativa alla selezione pubblica in oggetto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n° 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni

mendaci ivi indicate

### **DICHIARA**

- di non aver riportato condanne penali e non essere soggetto a procedimenti penali che impediscano i rapporti di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
- che tutti i componenti dell'organizzazione da me rappresentata che ricoprono cariche associative, poteri di firma e di rappresentanza e/o ruoli di direzione non hanno riportato condanne penali e non sono soggetti a procedimenti penali che impediscano i rapporti di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
- che l'Organizzazione opera con adeguata struttura organizzativa in ambiti attinenti e compatibili alle attività previste nell'avviso pubblico e che le risorse messe a disposizione possiedono capacità e conoscenze coerenti con l'ambito/i di intervento individuato/i nell'allegato A) Domanda di partecipazione;

Autorizza al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

### **comunica che**

il nominativo del referente dell'azione, l'indirizzo di posta elettronica certificata utilizzato per la trasmissione dell'istanza e per ricevere comunicazioni dalla Società della Salute della Lunigiana, il numero di telefono, indirizzo di posta elettronica sono quelli di seguito indicati:

---

---

**NB:** qualora la domanda sia presentata in forma di raggruppamento la dichiarazione va compilata e sottoscritta da ciascun componente.

### **ALLEGA:**

fotocopia/e di un documento di identità valido del/i sottoscrittore/i

**NB:** non dovuta ove la dichiarazione sia sottoscritta digitalmente  
altro (specificare) \_\_\_\_\_

---

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Legale Rappresentante

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

*NOME: ROBERTO VALETTINI*

*DATA FIRMA: 20/04/2026 17:35:16*

*IMPRONTA: 35393562393839373963323732316633623037386463613465386364336161636564313066363963*

*NOME: FORMATO MARCO*

*DATA FIRMA: 20/04/2026 17:00:02*

*IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135*