



PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

MODELLO ATTUATIVO DELL'ORGANISMO INTERMEDIO REGIONE LIGURIA

ALLEGATO F

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
antimafia per i familiari conviventi di
maggiore età**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato il
_____ a _____ (__ __), residente a
_____ (__ __) in via _____ n. _____,
in qualità di _____ della società _____

consapevole delle sanzioni penali, nel 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 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 saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, ____/____/____

FIRMA

Si allega copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità