



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

Codice fiscale o partita IVA: _____

in qualità di persona fisica/ legale rappresentante della società _____
(ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA: _____

Sede legale: Via/Piazza _____, n. _____,

Città _____, Prov. _____, CAP _____,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,
sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti su di me ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.

Data, _____

Firma del dichiarante _____

Si allega: documento di identità