



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 59311 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

**ACCORDO QUADRO PER L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI  
PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI – SANITA’ DIGITALE – SISTEMI  
INFORMATIVI CLINICO ASSISTENZIALI - ID 2202**

**LOTTO 1: Cartella Clinica Elettronica ed Enterprise Imaging – NORD**

RILANCIO COMPETITIVO PER L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI PER L’ACQUISIZIONE DI UN SISTEMA  
DI

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA E DI SERVIZI ACCESSORI

CIG PADRE 8765571A03 - CIG DERIVATO 936308562B – CUP D64E22000270003

**ALLEGATO 5 – FAC SIMILE DICHIARAZIONE**

RILASCIATA ANCHE AI SENSI DELL’ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000

*(N.B. la presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d’identità del sottoscrittore, ai sensi dell’art. 38 D.P.R. n. 445/2000.*

*Non è ammessa la sostituzione dei certificati e delle dichiarazioni con fotocopie e duplicati non autenticati nelle forme previste dagli articoli 18 e 19 del D.P.R. n. 445/2000)*

Spett.  
ASL VC  
Corso Mario Abbate, 21  
13100 VERCELLI

**DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 PER L'AMMISSIONE ALLA PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI E DI SERVIZI ACCESSORI IN AMBITO DI CARTELLA CLINICA ED ENTERPRISE IMAGING PER AZIENDA SANITARIA LOCALE VERCELLI**

l sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione il Concorrente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 85, del D.Lgs 159/2011 e s.m.i., di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Con la firma del presente documento il sottoscritto dichiara altresì, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento Modello di dichiarazione dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nel Disciplinare di gara e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche giudiziari, mediante strumenti manuali ed informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara e per le finalità ivi descritte; dichiara, inoltre, di essere stato informato circa i diritti di cui agli artt. 15 e segg. del Regolamento UE n. 2016/679.

Si impegna, inoltre, ad adempiere agli obblighi di informativa e di consenso, ove necessario, nei confronti delle persone fisiche (Interessati) di cui sono forniti dati personali nell'ambito della procedura di affidamento, per consentire il trattamento dei loro Dati personali da parte della Consip S.p.A. o dalle Amministrazioni per le finalità descritte nell'informativa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma