

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 46, 47 e ss. D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii)

Il/La Sottoscritto/a _____,
c.f. _____, nato/a a _____,
il _____, residente a _____,
in Via/Piazza _____, in
qualità di Rappresentante Legale di (indicare la denominazione della
ODV/APS per esteso)

_____ (d'ora in avanti – per brevità – anche solo “Organizzazione” o “Associazione”) iscritta al
RUNTS in data _____ al n. _____, c.f./p.iva _____,
☐ con sede legale in (indicare indirizzo per esteso)

☐ Operante nel territorio di riferimento dell'Azienda USL di Bologna (*barrare solo se la sede
legale della Associazione / Organizzazione è esterna al territorio di riferimento
dell'Azienda USL di Bologna*), tel. _____,
mail _____, PEC _____;

consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 DPR 445/2000 e ss.mm.ii e delle
sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR, in caso di rilascio di dichiarazioni
mendaci, non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

☐ di NON aver riportato ☐ di aver riportato (*barrare una casella*)
condanne penali per reati contro la persona e contro la P.A. (*in caso affermativo indicare il tipo di
reato* _____);

☐ di NON essere destinatario ☐ di essere destinatario (*barrare una casella*)
di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione ai
sensi della vigente normativa (*in caso affermativo indicare quali* _____);

☐ di NON essere a conoscenza ☐ di essere a conoscenza (*barrare una casella*)
di essere sottoposto a procedimenti penali per reati contro la persona e contro la P.A. (*in caso
affermativo indicare il tipo di reato* _____),
impegnandosi a comunicare all'Azienda l'esito entro 30 giorni dalla conoscenza;

☐ di NON trovarsi ☐ di trovarsi (*barrare una casella*)
in ipotesi di conflitto di interesse con l'Azienda USL di Bologna anche solo in via potenziale (*in caso
affermativo indicare la tipologia* _____);

☐ di NON trovarsi ☐ di trovarsi (*barrare una casella*)
in ipotesi previste dall'art. 53, co. 16 ter, D.lgs. 65/2001 e ss.mm.ii. (c.d. pantouflage) (*in caso
affermativo specificare* _____);

☐ di NON essere destinataria ☐ di essere destinataria (*barrare una casella*)
di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni amministrative di cui al D.Lgs. 231/2001 in
quanto applicabili (*in caso affermativo indicare il tipo di sanzione amministrativa* _____);

_____);

☐ **di NON essere a conoscenza** ☒ **di essere a conoscenza (barrare una casella)**

che i propri operatori/volontari abbiano riportato condanne penali per reati contro la persona e contro la P.A. (in caso affermativo indicare il tipo di reato _____);

☐ **di NON essere a conoscenza** ☒ **di essere a conoscenza (barrare una casella)**

che i propri operatori/volontari siano sottoposti a procedimenti penali per reati contro la persona e contro la P.A. o che siano destinatari di misure di sicurezza e di misure di prevenzione ai sensi della vigente normativa (in caso affermativo indicare il tipo di reato _____), impegnandosi a comunicare all'Azienda l'esito entro 30 giorni dalla conoscenza;

☐ **di NON essere a conoscenza** ☒ **di essere a conoscenza (barrare una casella)**

che i propri operatori/volontari si trovino in un'ipotesi di conflitto di interesse con l'Azienda USL di Bologna anche solo in via potenziale (in caso affermativo indicare la tipologia _____);

Si autorizza espressamente l'Azienda USL di Bologna al trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. n. 196/2003, e ss.mm.ii.

Il/La Sottoscritto/a si impegna a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;

Si allega copia fotostatica fronte retro di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

Luogo e Data

Il Rappresentante Legale
(firmato digitalmente)
