



Interesse giuridicamente rilevante (motivazione della richiesta):

A tal fine, essendo a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazioni non veritiere,

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere:

<input type="checkbox"/>	DIRETTO INTERESSATO
<input type="checkbox"/>	LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA/SOCIETÀ/ENTE _____
<input type="checkbox"/>	DELEGATO/INCARICATO da _____
<input type="checkbox"/>	ALTRO (SPECIFICARE) _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dell'esistenza dei seguenti CONTROINTERESSATI:

DATA ____/____/____

FIRMA _____

Salvo che la richiesta sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, ALLEGARE copia del documento di riconoscimento valido del richiedente.

Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Via M. Coppino, 26 - 07100 Sassari

Tel. 079 2830630 Fax 079 2830637

P. Iva **02268260904**

www.aousassari.it

direzione.generale@aousassari.it