

Allegato B**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 _____

In qualità di persona fisica/legale rappresentante della società/ditta individuale _____
(ragione sociale)

PARTITA IVA _____ SEDE LEGALE: Via _____ 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;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto e/o incompatibilità con i fini istituzionali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico "per la stipula di convenzioni non onerose a favore del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari" e di accettarne tutte le condizioni.

Data _____

Firma _____