



Comune di Rimini



Dipartimento Città Dinamica e Attrattiva

Settore Sistema e Sviluppo Economico

Ufficio Igiene e Sanità

Via Rosaspina, 7 - 47923 Rimini
tel. 0541 704466 – 704467

sportello.unico@pec.comune.rimini.it

maura.pollini@comune.rimini.it

mariantonietta.soldati@comune.rimini.it

ALLEGATO "C" ALLA SCIA

CASE FAMIGLIA PER ANZIANI E DISABILI

**DICHIARAZIONE IN AUTOCERTIFICAZIONE DI ALTRE PERSONE
(AMMINISTRATORI, SOCI) ART. 85 del D. Lgs. n. 159/2011**

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov _____) il _____

Residente a _____ (Prov _____) CAP. _____

in via/Piazza _____ n. _____

Cod. Fiscale _____

in qualità di socio, amministratore ecc. . _____

della Società _____

con sede legale in _____ CAP _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____

Cod. Fiscale _____ P.IVA _____

tel _____ cell. _____ FAX. _____

PEC. _____

e-mail _____

visti gli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR445/2000)

D I C H I A R A

- Che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge n. 575 del 31/05/1965 vedi ora corrispondenti disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 159/2001 (antimafia)

Data ____ . ____ . ____

Firma

Allegare copia del documento di identità