

AFFIDAMENTO SERVIZIO DI ASSISTENZA DIMICILIARE – PERIODO 01/06/2026 – 31/12/2027
IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO DELL'OPERATORE ECONOMICO (EX ART. 20 D.LGS. 21
NOVEMBRE 2007, N. 231)

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (Titolare, Legale Rappresentante o Procuratore) _____

dell'impresa _____

con sede legale in _____

Prov. _____

Cap. _____

Via _____

n. _____

Tel. _____

PEC _____

E-mail _____

P. IVA _____

Codice Fiscale _____

in merito alla procedura in oggetto e all'offerta presentata, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dal medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ivi indicate

DICHIARA

che il/i titolare/i effettivo/i dell'IMPRESA/OPERATORE ECONOMICO è/sono:

Cognome Nome _____

Nato/a a _____

il _____

residente a _____

via _____

CF _____

Cognome Nome _____

Nato/a a _____

il _____

residente a _____

via _____

CF _____

Allegare copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del/i titolare/i effettivo/i se diverso/i dal rappresentante legale.

Data _____

FIRMA _____