**DENOMINAZIONE DITTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Spett.le ASL CN1

Via C. Boggio, 12

12100 CUNEO (CN)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (RESA AI SENSI DELL’ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di RAPPRESENTANTE LEGALE dell’impresa/ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che la Ditta si impegna ad attuare le misure di sicurezza descritte nel documento “PIANO AZIENDALE MISURE DI SICUREZZA (AGID) – PRESCRIZIONI PER FORNITORI”.

In fede

Luogo e data

FAC SIMILE DA COMPILARE, FIRMARE DIGITALMETE E ALLEGARE ALLA DOCUMENTAZIONE DI GARA