



CONSORZIO FIDI SANITARIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto:

Cognome.....Nome

.....

nato a (prov.....) il

e residente in (prov.)

via n.....

D I C H I A R A

-che la documentazione contabile e fiscale (e precisamente: _____) a Voi fornita in pari data è conforme all'originale in mio possesso;

- di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

.....

(luogo e data)

il dichiarante.....

(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazioni nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

Garanzia collettiva dei fidi

Sede: Via Gabriele D'Annunzio, 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234