

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

MISSIONE: Missione 6 Salute

COMPONENTE: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

INVESTIMENTO: M6C1 I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

TARGET: M6C1-11 – Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche

CODICE MISURA: M6C1 I1.3

CODICE PRATT (REGIS): 1000000098

**Denominazione Ospedale di Comunità e indirizzo:** \_\_\_\_\_

**CUP:** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di Ingegnere indipendente, in relazione al Progetto identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

### ATTESTA

il possesso del requisito dell'indipendenza ossia l'assenza di ogni forma di vincolo gerarchico, funzionale e finanziario con \_\_\_\_\_ e la Regione/PA \_\_\_\_\_ (*l'ingegnere di cui trattasi non deve avere alcun tipo di vincolo né con i Soggetti Attuatori Delegati (ai sensi dell'articolo 5.2 del CIS), i quali sono diretti responsabili dell'esecuzione del sub-investimento in oggetto, né con i Soggetti Attuatori, i quali sono tenuti ad avallare la relazione redatta dal suddetto ingegnere e dai quali dipendono i Soggetti Attuatori Delegati*).

Si allega copia del documento di identità (in caso di mancata sottoscrizione in digitale).

Data

Firma