

**Piano nazionale per gli investimenti complementari
al Piano nazionale di ripresa e resilienza
Iniziativa “Fit for Medical Robotics” PNC0000007 – CUP B53C22006840001**

**AUTODICHIARAZIONE DEI PARTECIPANTI ALLA PROCEDURA DI GARA
DEI DATI NECESSARI ALL'IDENTIFICAZIONE DEL “TITOLARE EFFETTIVO”
NELL'AMBITO DEGLI INTERVENTI A VALERE SUL PNRR/PNC**

Procedura aperta per la fornitura di un esoscheletro attivo per arti inferiori

SOGGETTO ATTUATORE: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

Codice progetto MUR: PNC0000007; CUP: B53C22006840001; CUI: F00876220633202400030; CIG
B2254BA16B

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ (prov. __) il _____ C.F. _____ residente a
_____ (prov. __) in via/piazza _____ n. ____ CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ tel.
_____, in qualità di:

legale rappresentante

titolare

procuratore

(altro specificare) _____

dell'impresa/società _____ con sede a _____ (prov. __) CAP _____ in via/piazza _____
indirizzo e-mail/PEC _____ C.F. _____ Partita IVA _____ classificazione delle attività
economiche predisposta dall'ISTAT (codice ATECO e breve descrizione dell'attività):

_____ partecipante alla procedura di
selezione del Soggetto Realizzatore a valere su _____, consapevole della responsabilità penale in cui
incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o falsa, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti
a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, nonché delle conseguenze
amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

**Piano nazionale per gli investimenti complementari
al Piano nazionale di ripresa e resilienza
Iniziativa “Fit for Medical Robotics” PNC0000007 – CUP B53C22006840001**

di essere l'unico titolare effettivo della società/impresa sopra indicata

che non esiste un titolare effettivo dell'impresa dal momento che (*specificare la motivazione: impresa quotata/impresa ad azionariato diffuso/ecc*): _____

oppure

di essere titolare effettivo dell'impresa unitamente a (vedi dati riportati sotto)

non essere il titolare effettivo

Per queste due ultime opzioni, i dati del/i titolare/i effettivo/i ovvero del/i contitolare/i sono di seguito riportati:

Nome _____ Cognome _____ nata/o a _____ (prov. __) il _____ C.F. _____
residente a _____ (prov. __) in via/piazza _____ n. __ CAP _____ indirizzo e-mail/PEC
_____ tel. _____ tipologia di documento _____ avente numero _____ rilasciato il
_____ da _____ scadenza _____.

Con riferimento a tutti i soggetti sopra indicati si allega alla presente:

- **copia dei documenti di identità del rappresentante legale e dei titolari effettivi**, i cui estremi sono stati riportati nella presente dichiarazione;
- **copia dei documenti (tessera sanitaria, carta di identità elettronica) attestanti il rilascio del codice fiscale del rappresentante legale e dei titolari effettivi.**

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del d.lgs. n. 196/2003, così come novellato dal d.lgs. n. 101/2018, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 Regolamento (UE) 2021/241.

LUOGO e DATA

FIRMA

**Piano nazionale per gli investimenti complementari
al Piano nazionale di ripresa e resilienza
Iniziativa “Fit for Medical Robotics” PNC0000007 – CUP B53C22006840001**

Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii)