

## 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 II.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona

TARGET: M6C1-3

CODICE MISURA: M6C1 II.1

CODICE PRATT (REGIS): 1000000097

Denominazione Casa della Comunità e indirizzo: \_\_\_\_\_

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

SOGGETTO ATTUATORE (REGIONE/PA) \_\_\_\_\_

SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO/ DELEGATO (*Azienda sanitaria*) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di Esperto 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'esperto 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 esperto e dai quali dipendono i Soggetti Attuatori Delegati.

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

Data

Firma