

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera
"San Pio"

**OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per Commissione Giudicatrice, RUP, Presidente del
Seggio di Gara e Segretario. / (art. 77 d. lgs. 50/2016 – linee guida ANAC 5/2016 - PTPCT)**

La sottoscritta ALFANO LAURA nata a _____ il _____ residente a _____
c.f. _____ in servizio presso UOC PROVVEDITORATO/ECONOMATO con la qualifica di
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO, individuato con lettera prot. n. 21452 del 20/10/2023 come Componente della
Commissione "Segretario" (depenare le voci che non interessano) della gara **GARA EUROPEA A
PROCEDURA TELEMATICA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA
TRIENNALE DI DISPOSITIVI MEDICI PER LA SALA OPERATORIA DI ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DELL'A.O. SAN PIO**, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 4465/2000 e consapevole delle
conseguenze anche penali previste dagli artt. 71 e ss. del D.P.R. medesimo in caso di dichiarazioni mendaci di
produzione o uso di atti falsi, viste le offerte presentate dalle ditte

dichiara

in virtù di quanto prescritto dal Regolamento Aziendale per la formazione delle Commissioni di gara, approvato con la deliberazione
n. 459 del 27/09/2022 nonché dal PTPCT (Piano Triennale Aziendale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-
2023) approvato con Delibera n. 179 del 30/03/2021, l'inesistenza a proprio carico delle cause di incompatibilità, di astensione o di
esclusione indicate all'art. 77 del dlgs. n. 50/2016 e alle pagg. 9 e 10 delle Linee guida ANAC N. 5/2016, approvate con Deliberazione
n. 1190/2016 (punti 3.1 a 3.6).

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato (per la durata
dell'incarico).

Lo scrivente, infine, autorizza il trattamento dei propri dati personali e dichiara di essere stato informato, ai sensi del d.lgs.
196/2003, e del Regolamento U.E. 679/2016 e successive normative integrative, del trattamento dei propri dati anche con strumenti
informatici, per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Allegati:

Copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore
Curriculum formativo professionale

Distinti saluti.

Benevento, 28/02/2024

Firma

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN PIO**

Via dell'Angelo, 1- Benevento C.F. 01009760628