

ALLEGATO D (IMPEGNO FORMALIZZAZIONE PARTENARIATO)

**DA COMPILARSI DA PARTE DEL SOGGETTO CAPOFILA
E DA TUTTI I SOGGETTI PARTNER
(SOLO IN CASO DI PARTECIPAZIONE IN ASSOCIAZIONE)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ () il ____/____/____ C.F. _____ residente in
_____ (cap ____) Via _____ n._____, in qualità di legale rappresentante di
_____ aente sede legale in
_____ (cap ____) Via
n._____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ () il ____/____/____ C.F. _____ residente in
_____ (cap ____) Via _____ n._____, in qualità di legale rappresentante di
_____ aente sede legale in
_____ (cap ____) Via
n._____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ () il ____/____/____ C.F. _____ residente in
_____ (cap ____) Via _____ n._____, in qualità di legale rappresentante di
_____ aente sede legale in
_____ (cap ____) Via
n._____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ____/____/____/
C.F. _____ residente in _____ (cap ____) Via
n._____, in qualità di legale rappresentante di
legale _____ aente sede legale
in _____ (cap ____) Via
n._____

DICHIARANO

CONSAPEVOLI DEGLI EFFETTI PENALI PER DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ IN ATTI ED USO DI ATTI FALSI AI SENSI DELL'ARTICOLO 76 DEL CITATO DPR 445/2000, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

CHE, IN CASO DI AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO "PRONTO BADANTE", PROVVEDERANNO ALLA FORMALIZZAZIONE DEL PARTENARIATO MEDIANTE ACCORDO, DA SOTTOSCRIVERSI PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE TRA ASL E SOGGETTO CAPOFILA, PENA LA DECADENZA DELL'AFFIDAMENTO STESSO

_____, ____/____/____

Capofila _____
Partner _____

Partner _____
Partner _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 26/04/2023 12:46:23

IMPRONTA: 36323562313362303566383535396461386137666463366332353838663738313034653363383865