



PLUS – Anglona-Coros-Figulinas  
Piano Locale Unitario dei Servizi



Comune di Osilo  
Ente capofila



ASL Sassari



Provincia di Sassari



*Allegato E*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_ in qualità di Legale rappresentante della ditta  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ con Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ e partita IVA n. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del  
D.P.R. 445/2000 per le false attestazioni,

**D I C H I A R A**

che, in applicazione dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – **pantouflage o revolving doors**), questa impresa non ha concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante  
(firma per esteso e leggibile e timbro dell'impresa)

\_\_\_\_\_

**N.B.:** le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante del fornitore richiedente; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.

**In caso di consorzio, la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta anche dai legali rappresentanti dei soggetti mandanti.**