

SU CARTA INTESTATA DELL'OPERATORE ECONOMICO

Spett.le  
Asl di Rieti  
Via del Terminillo n. 42  
02100 - Rieti

**AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445 DEL  
28/12/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in  
qualità di legale rappresentante della \_\_\_\_\_ con  
sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_ e P.IVA \_\_\_\_\_ consapevole della  
responsabilità penale prevista all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e  
dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di avere adempiuto agli obblighi previsti dal Regolamento 2016/679/UE nel testo consolidato vigente;
2. in particolare, di avere attuato le misure di sicurezza di cui all'art. 32 del Regolamento 2016/679/UE;
3. di avere definito le finalità e le modalità del trattamento;
4. di avere incaricato in forma scritta le persone autorizzate al trattamento dei dati;
5. di avere fornito idonea formazione ai suddetti soggetti;
6. qualora applicabile, di essere in possesso degli strumenti idonei a dare piena attuazione, nella propria struttura ed in riferimento ai trattamenti effettuati in favore dell'Asl di Rieti al provvedimento dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali del 27 novembre 2008 e s.m.i. in materia di Amministratori di Sistema.

Il sottoscritto si impegna a fornire evidenza relativamente ai punti 2, 3, 4, e 5 sopra individuati contestualmente alla firma del contratto; dichiara, infine, di effettuare il trattamento dei dati personali in modo lecito e corretto per scopi determinati, espliciti e legittimi, nel pieno rispetto del Regolamento 2016/679/UE.

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

*(firma del legale rappresentante o procuratore autorizzato dell'impresa concorrente o comunque altra persona legittimamente autorizzata ad impegnare l'impresa stessa)*

\_\_\_\_\_

Allegato: fotocopia documento di identità