



AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE  
**SANTOBONO – PAUSILIPON**  
**U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi**  
Via Teresa Ravaschieri n. 8  
(già Via della Croce Rossa n. 8)  
80122 Napoli  
C.F./P.I. 06854100630

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE**  
(ai sensi dell'art. 46 e 47 D.P.R. 445/28.12.2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto (1) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residenta a \_\_\_\_\_, nella propria qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, valendosi della facoltà concessa dall'art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- che la ditta \_\_\_\_\_ è il distributore esclusivo su tutto il territorio (2) \_\_\_\_\_ dei dispositivi a marchio \_\_\_\_\_
- che il prodotto offerto (3) \_\_\_\_\_ è coperto da Privativa Industriale ed è pertanto tutelato dai Diritti Esclusivi per le sue particolari caratteristiche tecniche e qualitative;
- che quanto dichiarato è comprovato mediante la produzione dei seguenti documenti allegati;
- che ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante attesta che sono conformi agli originali (specificare):
  - a) copia della dichiarazione di esclusività rilasciata dalla \_\_\_\_\_ (ditta produttrice);
  - b) copia della dichiarazione N° Brevetto \_\_\_\_\_ rilasciata dalla \_\_\_\_\_ (ditta produttrice).

Data, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_

**N.B. Allegare copia del documento d'identità**

**(1) Rappresentante Legale o Procuratore (in tal caso allegare copia della procura)**

**(2) Definire l'ambito territoriale**

**(3) Definire il prodotto**