

Procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara ai sensi dell'art. 76, co. 2 lett. b, n. 2 del d.lgs. 36/2023 per l'affidamento della fornitura di uno strumento sistema saphyr optical genome mapping (ogm) nell'ambito del progetto "implementazione di piattaforme tecnologiche dedicate allo studio delle alterazioni nell'architettura del genoma e del metabolismo energetico per il raggiungimento della diagnosi e la comprensione dei meccanismi patogenetici nelle malattie rare pediatriche" – CUP E83C23000870001.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

in ottemperanza alle disposizioni di cui al decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e alle successive disposizioni attuative emesse dalla Banca d'Italia in data 23 dicembre 2009 (Norme di prevenzione dell'antiriciclaggio)

Il/la sottoscritto/a Daniele Cesana

nato/a a Seregno (MB) il 16.1.1959

Cod. Fiscale CSNDLF59A16I625C

residente a Barlassina (MB) CAP 20825

via Balbo 2

domicilio (se diverso dalla residenza)

estremi **documento di identità** in corso di validità:

- Carta d'identità
- Patente
- Passaporto
- Altro (specificare) _____

avente numero AX7444469

rilasciato il 5.5.2016 da Comune di Barlassina

scadenza 16.1.2027

in qualità di

- Titolare dell'impresa individuale**
- Legale Rappresentante dell'impresa**

Ragione sociale Voden Medical Instruments Spa

Sede legale: Via Roma 2/a

CAP 20003 Comune Casorezzo Provincia MI

Cod. Fiscale 03784450961, Partita IVA 03784450961

classificazione delle attività economiche predisposta dall'ISTAT (codice ATECO e descrizione): 46.90.00

Commercio Ingrosso di Altri Prodotti

consapevole che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, vedrà decadere il diritto, eventualmente concesso, alla fruizione dei benefici di cui al Bando in oggetto, ferme restando le sanzioni penali stabilite dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

in relazione al modulo di domanda di contributo presentato nell'ambito del progetto "implementazione di piattaforme tecnologiche dedicate allo studio delle alterazioni nell'architettura del genoma e del metabolismo energetico per il raggiungimento della diagnosi e la comprensione dei meccanismi patogenetici nelle malattie rare pediatriche" **avendo preso visione delle istruzioni inerenti la definizione di "titolare effettivo" e le relative modalità di individuazione riportate in calce al presente schema di dichiarazione:**

Opzione 1)

di essere l'unico titolare effettivo dell'impresa sopra indicata;

Opzione 2)

di essere titolare effettivo dell'impresa unitamente a:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)

Cognome De Nardi Nome Margherita

nato a Desio (MB) il 30.8.1960

Cod. Fiscale DNRMGH60M70D286E

residente a Barlassina (MB) CAP 20825

via Balbo 2

domicilio (se diverso dalla residenza)

.....

estremi **documento di identità** in corso di validità:

Carta d'identità

Patente

Passaporto

Altro (specificare) _____

avente numero AX7444468

rilasciato il 5.5.2016 da Comune di Barlassina

scadenza 30.8.2026

Opzione 3)

di non essere il titolare effettivo

Il/I titolare/i effettivo/i dell'impresa è/sono di seguito indicato/i:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)

Cognome Nome
nato a () il
Cod. Fiscale
residente a () CAP
via
domicilio (se diverso dalla residenza)

estremi **documento di identità** in corso di validità:

- Carta d'identità
 Patente
 Passaporto
 Altro (specificare) _____

avente numero
rilasciato il da
scadenza

Opzione 4)

(ATTENZIONE: tale scelta è riservata ai soli casi in cui vi sia assenza di controllo o di partecipazioni rilevanti nell'Impresa)

che non esiste un titolare effettivo dell'impresa dal momento che (specificare la motivazione: impresa quotata/impresa ad azionariato diffuso/ecc)

.....
.....

per cui i titolari effettivi sono individuati nelle **persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'Impresa** di seguito indicate:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo, compreso il dichiarante laddove quest'ultimo sia individuabile quale titolare effettivo per effetto dell'assenza di controllo o di partecipazioni rilevanti)

Cognome Nome
nato a () il
Cod. fiscale
residente a () CAP

via.....

domicilio (se diverso dalla residenza)
.....

estremi **documento di identità** in corso di validità:

- Carta d'identità
- Patente
- Passaporto
- Altro (specificare)

avente numero
rilasciato il da
scadenza

Il/La sottoscritto/a dichiara che gli interessati al trattamento hanno preso visione dell'informativa rilasciata dal Titolare del trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 – GDPR – pubblicata nella sezione dedicata sul sito istituzionale dell'Ospedale e di essere informati che i dati personali conferiti sono prescritti come necessari dalle disposizioni vigenti ai fini dell'istruttoria del procedimento qui avviato e che a tale scopo saranno trattati, anche con strumenti informatici. Il mancato conferimento dei dati personali non consentirà il prosieguo dell'istruttoria. Ogni interessato, ai sensi degli artt. 15 e seguenti del GDPR, potrà avanzare richieste per l'esercizio dei propri diritti secondo le modalità indicate nella sopra richiamata informativa

Con riferimento a tutti i soggetti sopra indicati, si allega alla presente:

- **copia dei documenti di identità del rappresentante legale e dei titolari effettivi**, i cui estremi sono stati riportati nella presente dichiarazione;
- **copia dei documenti (tessera sanitaria, carta di identità elettronica) attestanti il rilascio del codice fiscale del rappresentante legale e dei titolari effettivi.**

Luogo e data Meda, 19.1.2024

Il Rappresentante Legale

Cognome... **CESANA**
 Nome... **DANIELE FRANCESCO MARIO**
 nato il... **16/01/1959**
 (atto n. **23** P. **1** S. **A-1959**)
 a... **SEREGNO** (**MI**)
 Cittadinanza... **ITALIANA**
 Residenza... **BARLASSINA**
 Via... **VIA BALBO CESARE 2**
 Stato civile... **CONIUGATO**
 Professione... **IMPRENDITORE**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura... **1,80**
 Capelli... **CASTANI**
 Occhi... **CASTANI**
 Segni particolari... **NESSUNO**



Firma del titolare *Daniele Francesco Mario Cesana*
 .. **Barlassina li 05/05/2016**
 Impronta del dito indice sinistro
D'ORDINE DEL SINDACO
Francesca Cotu






REPUBBLICA
ITALIANA

MINISTERO
DELLE
FINANZE

CODICE
FISCALE

CSNDLF59A16I625C

COGNOME

CESANA

NOME

DANIELE FRANCESCO ^{MA}esso ^M

LUOGO DI
NASCITA

SEREGNO

PROVINCIA

RI

DATA DI NASCITA

16/01/59

1984

Il Ministro delle Finanze

Cognome... **DE NARDI**

Nome... **MARGHERITA AGATA**

nato il... **30/08/1960**

(atto n. **565** P. **1** S. **A 1960** ..)

a... **DESIO** .. (**MI** ..)

Cittadinanza... **ITALIANA**

Residenza... **BARLASSINA**

Via... **VIA BALBO CESARE 2**

Stato civile... **CONIUGATA**

Professione... **CASALINGA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura... **1,55**

Capelli... **CASTANI**

Occhi... **AZZURRI**

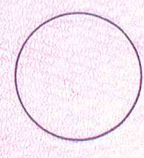
Segni particolari... **NESSUNO**



Firma del titolare *De Nardi Margherita*
Barlassina li **05/05/2016**

Impronta del dito
 indice sinistro

D'ORDINE DEL SINDACO
Francesco Corchia



SCADENZA **30/08/2026**

Diritti euro **5,42**

AX7444468

IPZS 594 - OC.V - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
BARLASSINA

CARTA D'IDENTITA'

N° AX7444468

DI
DE NARDI

MARGHERITA AGATA



REPUBBLICA
ITALIANA

MINISTERO
DELLE
FINANZE

CODICE
FISCALE

DNRMGH60M70D286E

COGNOME

DE NARDI

NOME

MARGHERITA

SESSO F

LUOGO DI
NASCITA

DESIO

PROVINCIA

MI

DATA DI NASCITA

30/08/60