



DS MEDICA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445**

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

Il sottoscritto VINCENZO COLUCCIA

consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, rende la seguente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà:

**in qualità di**

- ☒ **Legale Rappresentante della società**  
☐ **Titolare dell'impresa individuale**

Ragione sociale DS MEDICA SRL

Sede legale Piazzale BIANCAMANO 2, 20121 MILANO (MI)

Codice fiscale 12676030153

Classificazione delle attività economiche predisposta dall'ISTAT (codice ATECO) 86.90.29

Descrizione sintetica attività economica COMMERCIO

**COMUNICA che al 15/11/2024**

*(Indicare il/i nominativo/i del/dei titolare effettivo/i alla data di selezione del progetto/aggiudicazione della gara) utilizzando*

**DS Medica srl a Socio Unico**

Capitale sociale: € 100.000,00 i.v.  
Codice fiscale - Partita Iva: 12676030153  
R.E.A.: 1575656  
Cod. Reg. Soc. Trib. Milano: 251828/66/18/28

20131 Milano - Via Teodosio 74  
Tel. +39 02 28172 200  
eMail: info@dsmedica.info  
Web: www.dsmedica.info

**FILIALI**  
Roma: Viale Regina Margherita, 302



UNI EN ISO 9001:2015  
UNI EN ISO 13485:2021

il:

☒ **Criterio dell'assetto proprietario** (In tale caso, compilare alternativamente il campo Opzione 1) o Opzione 2) o Opzione 3)

☐ **Criterio del controllo** (In tale caso, compilare alternativamente il campo Opzione 1) o Opzione 2) o Opzione 3)

☐ **Criterio residuale** (In tale caso, compilare il campo Opzione 4).

è stato individuato il seguente titolare effettivo

### Opzione 1)

☒ il sottoscritto.

### Opzione 2)

☐ il/la sottoscritto/a unitamente a:

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

Cognome ..... Nome .....

nato/a a ..... prov. (.....) il .....

Cod. fiscale .....

residente a .....prov. (.....) in via .....

CAP .....

### Opzione 3)

☐ nella/e persona/e fisica/che di:

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

Cognome ..... Nome .....

nato/a a ..... prov. (.....) il .....

Cod. fiscale .....

residente a .....prov. (.....) in via .....

CAP .....

### Opzione 4)

☐ poiché l'applicazione dei criteri dell'assetto proprietario e del controllo non consentono di individuare univocamente uno o più titolari effettivi dell'impresa/ente, dal momento che (specificare la motivazione: impresa quotata/impresa ad azionariato diffuso/ecc).

.....

.....  
..... , il/i titolare/i effettivo/i è/sono da individuarsi nella/e persona/e fisica/che titolare/i di poteri di amministrazione o direzione dell'impresa/ente di seguito indicata/e:

*(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 a ..... prov. ( ) il .....  
41  
Cod. fiscale .....  
residente a ..... prov. ( ) in via .....  
CAP .....

Si specifica che il dato indicato nelle precedenti sezioni, relativo alla persona fisica individuata come titolare effettivo alla data di selezione del progetto da parte dell'Amministrazione centrale titolare della Misura PNRR e/o alla data di aggiudicazione della gara,  
x coincide  
☐ non coincide  
con quello valido alla data di sottoscrizione del presente documento.

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

- copia della documentazione da cui è possibile evincere la titolarità effettiva
- copia del documento di identità e del codice fiscale del titolare effettivo

Si allega alla presente copia del documento di identità e del codice fiscale del dichiarante.  
Luogo .....  
Firma .....

---

NB: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma da parte di pubblico ufficiale e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di servizi pubblici e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, DPR 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.