Firenze, lì Al Direttore del

Dipartimento di Scienze della Salute

Sede

# **DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in relazione alla richiesta di acquisizione dei seguente/i servizio/prodotto

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che **verrà utilizzato esclusivamente nell’ambito dell’attività commerciale relativa al progetto** “ ”,

pertanto potrà essere recuperata l’IVA corrispondente all’acquisto

In fede

Il Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_