

DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ

(art. 32, c. 2, DPCM 5/2015)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ prov. _____, in qualità di:

- Legale rappresentante/Funziario alla Sicurezza (FAS) dell'operatore economico
- responsabile dell'impiego (per i dipendenti di Amministrazioni ed Enti pubblici)*
- dirigente sovraordinato (per i dipendenti di Amministrazioni ed Enti pubblici)*

in possesso** di NOS AT

di **livello** SS S RR e **qualifica** NATO UE ALTRO _____

con scadenza _____

dichiara, sotto la propria responsabilità e sulla base della conoscenza diretta che ha di _____, nato/a il _____

che lo/la stesso/a dà sicuro affidamento di piena fedeltà alle Istituzioni della Repubblica, alla Costituzione e ai suoi valori, nonché di rigoroso rispetto del segreto.

In fede

(luogo e data di sottoscrizione)

(firma leggibile per esteso)

* Qualora il responsabile dell'impiego della persona in favore della quale viene sottoscritta la presente dichiarazione non sia dirigente, essa va prodotta dal dirigente sovraordinato.

** La persona che sottoscrive la dichiarazione deve essere abilitata almeno per i livelli di classifica e qualifica dell'abilitazione richiesta. Fa eccezione il caso in cui l'AT venga richiesta contestualmente al rilascio di Abilitazione Preventiva.