

AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a FAULISI FAUSTO ANTONIO _____,
in qualità di legale rappresentante dell'associazione sotto indicata, in ottemperanza a quanto prescritto dal comma 125 della L 124/2017

DICHIARA

che l'associazione CONFRATERNITA DI MISERICORDIA DI ALIMENA _____, CF 96020380828 _____, nel corso dell'anno 2019 ha percepito le sottoelencate sovvenzioni, contributi, incarichi retribuiti o comunque vantaggi economici di qualunque genere da amministrazioni pubbliche o partecipate:

SOGGETTO EROGANTE	€ INCASSATI	DATA INCASSO	CAUSALE ¹
COMUNE DI ALIMENA	€ 3000,00	07/03/2019	LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO ORDINARIO 2018
COMUNE DI ALIMENA	€ 5000,00	14/06/2019	1° TRANCHE CONTRIBUTO ORDINARIO + STRAORDINARIO 2019
COMUNE DI ALIMENA	€ 3000,00	16/07/2019	2° TRANCHE CONTRIBUTO ORDINARIO + STRAORDINARIO 2019
COMUNE DI ALIMENA	€ 2000,00	29/11/2019	SALDO CONTRIBUTO ORDINARIO + STRAORDINARIO 2019
AGENZIA DELLE ENTRATE	€ 3718,71	07/08/2019	EROGAZIONE QUOTE 5X100 ANNO 2017
CARITAS DIOCESANA	€ 3000,00	17/01/2019	CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI TRASPORTO SOCIALI
CARITAS DIOCESANA	€ 1700,00	30/05/2019	CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI TRASPORTO SOCIALI

Aggiungere righe in caso di necessità

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace ovvero contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'articolo 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. n. 196 del 2003 (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Il/La sottoscritto/a autorizza la Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia a pubblicare la presente dichiarazione per gli obblighi di legge.

Luogo e data

Alimena
30-06-2020

Il legale rappresentante
(Firma e timbro) Faustino Antonio



¹ Indicare la tipologia e motivazione del contributo/sovvenzione. Ad es.: contributo generico, convenzione trasporti sanitari, convenzione trasporto sociali, appalto servizi sanitari, rette RSA, etc