

AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a NARDOZZA 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 MISERICORDIA DI MASCHITO, CF 01588370765, nel corso dell'anno 2020 ha percepito le sottoelencate sovvenzioni, contributi, incarichi retribuiti o comunque vantaggi economici di qualunque genere da amministrazioni pubbliche o partecipate:

SOGETTO EROGANTE	€ INCASSATI	DATA INCASSO	CAUSALE ¹
COMUNE DI MASCHITO	5.000,00	30/01/2020	CONTRIBUTO X ATTIVITA' PROTEZIONE CIVILE
DIP.NAZIONALE. P.C.	6.578,85	26/02/2020	CONTRIBUTO X PROGETTO MIGLIORAMENTO MEZZI E ATTREZZATURE
REGIONE BASILICATA	1.973,73	14/04/2020	PIANO A.I.B.
REGIONE BASILICATA	2.756,02	17/07/2020	RIMBORSO SPESE EMERGENZA COVID
AGENZIA DELLE ENTRATE	6.676,47	30/07/2020	5 X MILLE
REGIONE BASILICATA	1.800,00	08/09/2020	Piano A.I.B.
AGENZIA DELLE ENTRATE	5.976,03	06/10/2020	5 X MILLE
REGIONE BASILICATA	2.245,00	30/10/2020	RIMBORSO ASSICURAZIONE E MANUTENZIONE MEZZI
REGIONE BASILICATA	1.954,27	09/12/2020	Piano A.I.B.
REGIONE BASILICATA	623,00	09/12/2020	Piano A.I.B.

Aggiungere righe in caso di necessità

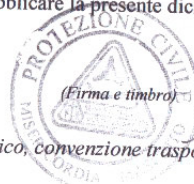
Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace ovvero contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

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
 MASCHITO 29/06/2021



Il legale rappresentante

(Firma e timbro)

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