AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto **Luigi Zazzeri** ,

in qualità di legale rappresentante dell'associazione sottoindicata**, in ottemperanza a quanto prescritto dal comma 125 della L 124/2017**

DICHIARA

che l'associazione Fraternita di Misericordia Auxilium Christianorum di Serrazzano, CF 83004790503, nel corso dell'anno 2018 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]
Azienda USL Toscana N/O	217,61	14/02/18	Convenzione trasporti sanitari – saldo 4°trim 2017
Azienda USL Toscana N/O	2633,96	06/03/18	Convenzione trasporti sanitari – anticipo 1°trim 2018
Azienda USL Toscana N/O	3540,03	14/05/18	Convenzione trasporti sanitari – saldo 1°trim 2018
Azienda USL Toscana N/O	3994,03	21/05/18	Convenzione trasporti sanitari – anticipo 2°trim 2018
Azienda USL Toscana N/O	62,02	14/08/18	Convenzione trasporti sanitari – saldo 2°trim 2018
Azienda USL Toscana N/O	420,01	14/08/18	Convenzione trasporti sanitari – conguaglio risorse 2017
Azienda USL Toscana N/O	2014,89	31/08/18	Convenzione trasporti sanitari – anticipo 3°trim 2018
Azienda USL Toscana N/O	940,19	14/11/18	Convenzione trasporti sanitari – saldo 3°trim 2018
Azienda USL Toscana N/O	1921,92	27/11/18	Convenzione trasporti sanitari – anticipo 4°trim 2018
Comune di Pomarance	1200	10/01/18	Contributo per attività di volontariato svolta nel territorio comunale
Unione Montana Alta Val di Cecina	800	16/03/18	Contributo per servizi di prossimità

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 possono 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
Serrazzano , 14/02/2019

(Firma e timbro)

Il legale rappresentante

---

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*