# AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a CUBEDDU MARIA GILDA,

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

## DICHIARA

**che l'associazione** CONFRATERNITA DI MISERICORDIA DEL GERREI, **CF** 92070260929, **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] |
|---|---|---|---|
| COMUNE S.NICOLÒ GERREI | € 750,00 | 09/05/2018 | CONVENZIONE TRASP. SOCIALI S.DO 2017 |
| ATS SARDEGNA | € 9.255,71 | 16/07/2018 | CONVENZIONE TRASP. SANITARI 1ª RIMB. 2018 |
| COMUNE DI SILIUS | € 3.000,00 | 13/08/2018 | CONVENZIONE TRASP. SOCIALE ACC. 2018 |
| ERARIO | € 2.056,64 | 16/08/2018 | 5‰ |
| ATS SARDEGNA | € 7.483,05 | 19/11/2018 | CONVENZIONE TRASP. SANITARI S.DO 2017 |
| RAS | € 994,30 | 07/12/2018 | RSA RIMBORSO ASSICURAZIONE VOLONTARI |
| ATS SARDEGNA | € 11.100,00 | 07/12/2018 | CONVENZIONE TRASP. SANITARI 2ª RIMB. 2018 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*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.

Il legale rappresentante

*(Firma e timbro)* Cubeddu Maria Gilda

Luogo e data

SILIUS 25.02.2019

[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*