AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a _Calì Salvatore Silvestro_____,

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

DICHIARA

che l'associazione _MISERICORDIA "M. IMMACOLATA" di CATENANUOVA_____, CF _91008260860_____, 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]
MIINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI	€ 23.386,01	08/06/2018	CONTRIBUTI ACQUISTO AMBULANZE
5 PER MILLE	€ 7.508,52	16/08/2018	EROGAZIONE QUOTE CINQUE PER MILLE ANNO 2016

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.

Associazione di Vol. Fraternita di Misericordia
"MARIA IMMACOLATA"
Via De Gasperi, 2 - Catenanuova (EN) - Tel. 347 [illegible]
Iscr. Regist. Reg. del Vol. D.A. n. 1270 del [illegible]
Cod. Fisc. 91008260860

Luogo e data
CATENANUOVA 18/02/19

(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*