AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a __CHESI MASSIMILIANO_____,

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_- _____, CF __ 82007070483_____, 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]
CONTRIBUTO 5%°	2.342,00	16/08/2018	CONTRIBUTO
SERVIZI USL	43.759,00	IN TUTTO L'ANNO	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
COMUNE DI GAMBASSI	5.880,00	02/05/2018 e 25/06/2018	CONTRIBUTO
MINISTERO POLITICHE SOCIALI	1.310,00	30/07/2018	CONTRIBUTO
SOCIETA' DELLA SALUTE	449.00	12/06/2018	PER PROGETTO SORVEGLIANZA ATTIVA

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
20/02/2019

(Firma e timbro)

Il legale rappresentante
_____
Il Governatore
CHESI MASSIMILIANO

[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*