AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

La sottoscritta__GIANGRANDI ROBERTA_____,

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 DI MISERICORDIA DI ALFERO "MARIO FABBRI" CF 90022430400 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 AUSL DELLA ROMAGNA	25630.00	09/01/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Ottobre '17
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	25630.00	15/01/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Novembre '17
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	25630.00	22/02/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Dicembre '17
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23630.00	27/03/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Gennaio '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23630.00	23/04/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Febbraio '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	47260.00	19/06/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Marzo – Aprile '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23630.00	26/07/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Maggio '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23630.00	23/08/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Giugno '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23630.00	17/09/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Luglio '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23630.00	12/10/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Agosto '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	23514.02	26/10/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Settembre '18
AZIENDA AUSL DELLA ROMAGNA	25995.00	06/12/2018	Fornitura trasporto sanitario non urgente – Ottobre '18

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 sensidell'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

ALFERO, 7.2.19

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*