AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il sottoscritto Dott. Sandrino Raglione _____,

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 DI SAN BENEDETTO DEI MARSI, CF 90013150660, 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]
ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	2.284,01	03/04/2018	Rimborso trasporti sanitari per conto CO 118 AQ- II semestre 2017
ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila	3.752,18	12/10/2018	Rimborso trasporti sanitari per conto CO 118 AQ- I semestre 2018
Comune di San Benedetto dei Marsi	7.200,00	01/01/18-31/12/2018	Valore annuo usufrutto ambulanza targa DP553EG
Comune di San Benedetto dei Marsi	9.793,74	01/01/18-31/12/2018	Valore locativo e costi di gestione sede sociale a carico del Comune

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

San Benedetto dei Marsi, 22/02/2019

Il legale rappresentante

(Firma e timbro) *Dott. Raglione Sandrino*

RAGLIONE DR. SAN...

BENEDETTO DEI MARSI (AQ) MISERICORDIA

[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*