AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto ANDREA CECCHERINI,

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

DICHIARA

che l'associazione COORDINAMENTO MISERICORDIE AREA FIORENTINA, C.F. 94264940480 nel corso dell'anno 2019 ha percepito le sottoelencate sovvenzioni, vantaggi, contributi o aiuti in denaro o in natura, non aventi carattere generale e provi di natura corrispettiva, retributiva o risarcitoria, agli stessi effettivamente erogati nell'esercizio finanziario precedente dalle pubbliche amministrazioni:

SOGGETTO EROGANTE	€ INCASSATI	DATA INCASSO	CAUSALE[1]
Città Metropolitana Firenze	180,00€	20.02.2019	Rimborso presidio sanitario
Città Metropolitana Firenze	18.850,00€	20.02.2019	Rimborso presidio sanitario
Città Metropolitana Firenze	600,00€	23.07.2019	Rimborso presidio sanitario
Città Metropolitana Firenze	800,00€	23.07.2019	Rimborso presidio sanitario

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
___Firenze, 01.01.2020_____

Il legale rappresentante
(Firma e timbro) _____

COORDINAMENTO MISERICORDIE AREA FIORENTINA

[1] *Indicare la tipologia e motivazione del contributo/sovvenzione.*