AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a TADDEI DONELLA,

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 VAGLI SOPRA, **CF** 01190620466, **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 TOSCANA NORD OVEST	9,255,59	01/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI SOCIALI
ASL TOSCANA NORD OVEST	10476,30	02/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SOCIO SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	12064,85	04/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	6469,98	05/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	10783,96	07/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	66,25	07/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	2952,42	08/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	12327,60	10/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
ASL TOSCANA NORD OVEST	8132,24	11/2018	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE	2231,77	08/2018	5‰ 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.

Luogo e data
VAGLI SOPRA 25/02/2019

Il legale rappresentante
(Firma e timbro)

FRATERNITA DI MISERICORDIA
VAGLI SOPRA (Lucca)
Via Chiesa Vecchia - 55040
P. IVA 01190620466

[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*