AUTOCERTIFICAZIONE E PUBBLICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto **ROSSI CRISTIAN,**

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 di Francavilla in Sinni (PZ) ODV,** Codice Fiscale **01619560764, nel corso dell'anno 2024** 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]
Azienda Sanitaria Locale Potenza	1.187,24 €	11.01.2024	Liquidazione Rimborso Spese Viaggi Effettuati da Paziente Emodializzato
Azienda Sanitaria Locale Potenza	816,84 €	31.01.2024	Liquidazione Rimborso Spese Viaggi Effettuati da Paziente Emodializzato
Azienda Sanitaria Locale Potenza	1.185,28 €	28.02.2024	Liquidazione Rimborso Spese Viaggi Effettuati da Paziente Emodializzato
Regione Basilicata	10.000,00 €	13.03.2024	Avviso Pubblico per il Sostegno delle Attività di Interesse Generale art.5 DLGS 117/17 svolte dalle ODV
Azienda Sanitaria Locale Potenza	1.111,20 €	14.03.2024	Liquidazione Rimborso Spese Viaggi Effettuati da Paziente Emodializzato
Azienda Sanitaria Locale Potenza	888,96 €	30.04.2024	Liquidazione Rimborso Spese Viaggi Effettuati da Paziente Emodializzato
Azienda Sanitaria Locale Potenza	1.299,60 €	25.07.2024	Liquidazione Rimborso Spese Viaggi Effettuati da Paziente Emodializzato
Agenzia delle Entrate	486,75 €	29.07.2024	5 x Mille
Agenzia delle Entrate	352,14 €	27.12.2024	5 x Mille

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 possano 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

Francavilla in Sinni 30.04.2025

Il legale rappresentante

(Firma e timbro)

CONFRATERNITA DI MISERICORDIA - FRANCAVILLA IN SINNI

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