AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a BALESTRI SANDRA,

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 Misericoria Auxikium Christianorum di Serrazzano ODV, CF 83004790503, nel corso dell'anno 2025 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 USL Toscana nord-ovest	2340,68	23/01/25	Convenzione trasporti sanitari-saldo 4°trim 2024
Azienda USL Toscana nord-ovest	4237,87	12/02/25	Convenzione trasporti sanitari- anticipo 1°trim 2025
Azienda USL Toscana nord-ovest	5907,15	23/04/25	Convenzione trasporti sanitari- saldo 1°trim 2025
Azienda USL Toscana nord-ovest	4474,97	06/05/25	Convenzione trasporti sanitari- anticipo 2°trim 2025
Azienda USL Toscana nord-ovest	2853,49	23/07/25	Convenzione trasporti sanitari- saldo 2°trim 2025
Azienda USL Toscana nord-ovest	4102,46	04/08/25	Convenzione trasporti sanitari- anticipo 3°trim 2025
Azienda USL Toscana nord-ovest	3146,62	23/10/25	Convenzione trasporti sanitari- saldo 3°trim 2025
Azienda USL Toscana nord-ovest	4421,66	02/11/25	Convenzione trasporti sanitari- anticipo 4°trim 2025
Agenzia delle entrate	2393,76	20/08/25	Quota 5xmille anni 2022-2023
Comune di Pomarance	816	13/10/25	Contributo straordinario socio sanitario
FarmaValdera	1000	27/11/25	Erogazione Liberale

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 Serrazzano 23/01/2026

Il legale rappresentante

(Firma e timbro)

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*