

AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

Il/La sottoscritto/a BIANCALANI CRISTIANO,

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 CAMPI BISENZIO, CF 01018990489, nel corso dell'anno 2019 ha percepito le sottoelencate sovvenzioni, contributi, incarichi retribuiti o comunque vantaggi economici di qualunque genere da amministrazioni pubbliche o partecipate:

SOGGETTO EROGANTE	€ INCASSATI	CAUSALE ¹
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI	12.856,86	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
AZIENDA OSPEDALIERA MEYER	36.232,67	CONVENZIONE TRASPORTI PROTETTI NEONATALI
SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIOR. NORD-OVEST	52.147,80	CONVENZIONE TRASPORTI SOCIALI
SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIOR. NORD-OVEST	70.711,00	CONVENZIONE CONDOMINIO SOLIDALE CASA DILETTA AL PALAGIO
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO EX ASL 10 FI	19.466,67	CONVENZIONE GUARDIA MEDICA
COMUNE DI FIRENZE SERVIZI SOCIALI	343.211,37	CONVENZIONE TRASPORTI SANITARI
COMUNE DI FIRENZE SERVIZI SOCIALI	23.380,00	CONVENZIONE CONDOMINIO SOLIDALE CASA DILETTA AL PALAGIO
COMUNE DI CAMPI BISENZIO	10.085,76	CONVENZIONE PROTEZIONE CIVILE
COMUNE DI CAMPI BISENZIO	162.247,76	CONVENZIONE ASILO VILLA IL PALAGIO

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

CAMPI BISENZIO

10/2/2020

(Firma e timbro)

Il legale rappresentante

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