

AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017

La sottoscritta ANDREA KATIA POLA,

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 CORMONS - ODV, CF 00477370316, nel corso dell'anno 2024 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 SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA	€ 780,00	17/05/2024	CONTRIBUTO PER ATTIVITA' ORDINARIA ANNO 2023 SALDO
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	€ 620,00	10/07/2024	RIMBORSO ASSICURAZIONE VEICOLI ADATTATI A TRASPORTO DELLE PERSONE DISABILI ANNO 2024
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	€ 600,00	23/09/2024	RIMBORSO ASSICURAZIONE VOLONTARI ANNO 2024
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA	€ 1.249,50	09/10/2024	CONTRIBUTO PER ATTIVITA' ORDINARIA I TRANCHE ANNO 2024
COMUNE DI CORMONS	€ 3.000,00	11/11/2024	CONTRIBUTO PER ATTIVITA' ORDINARIA ANNO 2024
COMUNE DI CORMONS	€ 18.500,00		VALORE LOCALI CONCESSI IN COMODATO D'USO GRATUITO PER UTILIZZO COME SEDE

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.

Luogo e data

CORMONS, 27 giugno 2025

Il legale rappresentante
(Firma e timbro) SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE



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