

Allegato 7**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE e di ATTO NOTORIO**

(D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

cognome

nome

nato/a il ___/___/_____ a _____ (prov)_____

residente a _____ (prov) _____

(Comune di residenza)

in qualità di Legale Rappresentante della Cooperativa _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della presentazione dell'atto, secondo quanto previsto dall'art. 75 del succitato D.P.R.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

a norma del Decreto del Commissario ad Acta, della Regione Lazio, del 22 dicembre 2014, N. U00441, per il rimborso relativo ai trasporti effettuati nel mese di _____ anno _____ i seguenti riferimenti legali della Cooperativa, autorizzata al trasporto collettivo di soggetti nefropatici residenti nel territorio di competenza della ASL Roma 1:

Denominazione e/o Ragione Sociale: _____

C.F. e/o P.IVA: _____

Sede Legale: _____

Codice IBAN: IT _____

Istituto Bancario di accredito: _____

Data ___/___/_____

Firma _____

Informativa ai sensi della normativa sulla tutela dei dati personali (Regolamento Ue 679/2016)

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta normativa europea. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento europeo 679/2016.