

ALLEGATO C

-Al Direttore Generale
ASL
Indirizzo

AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA AL MANTENIMENTO DEI REQUISITI

1.1 Tipologia del Soggetto beneficiario: *(barrare la casella interessata)*

- Organizzazione di volontariato iscritta all'apposito registro regionale;
- Associazione di promozione sociale iscritta all'apposito registro regionale;
- Onlus iscritta all'apposito elenco presso l'Agenzia delle Entrate,
- Ad avvenuta operatività dello stesso: ODV/APS iscritta al Registro Unico del Terzo Settore

CODICE FISCALE:

PARTITA IVA

Estremi iscrizione a registri/albi regionali/RUNTS/elenco Onlus (specificare tipo registro)

1.1 Legale rappresentante

Il sottoscritto COGNOME E NOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

nato a _____ prov. _____ il (gg/mm/aaaa)

residente in _____ . prov. _____

indirizzo:

codice fiscale _____ /

in qualità di legale rappresentante di

(specificare denominazione e regione sociale dell'ente richiedente)

data costituzione

1.3 Sede Legale

Comune: _____ Provincia: _____ Codice ISTAT: _____

C.a.p.:

Indirizzo:

Stato estero:

Città estera:

Telefono:

Fax:

E-mail:

Persona di riferimento:

(eventuale) Sito Web

consapevole delle responsabilità, della decadenza da benefici e delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

Che l'Organizzazione sopra citata MANTIENE i requisiti di iscrizione nell'elenco presso l' ASL delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni operanti nel settore della tutela materno infantile, istituito ai sensi dell'atto n..... del.....

Allega:

- Sintetica relazione delle attività svolte nell'anno precedente.

...../...../.....

TIMBRO E FIRMA
del Legale rappresentante del soggetto richiedente

(*) L'autenticazione della firma dovrà essere eseguita secondo la normativa vigente.