**All’Azienda Sanitaria Universitaria**

**Giuliano Isontina**

**AREA WELFARE DI COMUNITA’**

**Pec: asugi@certsanita.fvg.it**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’/CERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a

nato a     il

residente a      in Via

in qualità di legale rappresentante dell’Associazione/Ente

c.f.      , beneficiario del contributo concesso con DDG n.       dd.      ,

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza delle sanzioni penali ai sensi di quanto disposto dagli articoli 75 e 76 del richiamato DPR

**DICHIARA**

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica fronte/retro del documento di identità in corso di validità