

Avviso pubblico per la costituzione di un partenariato per la co-progettazione operativa e successiva gestione di un progetto da presentare nell'ambito del Fondo per l'inclusione delle persone sorde e con ipoacusia, di cui all'articolo 1, comma 456, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conformemente alle finalità individuate dall'art. 34-ter del decreto-legge 22 marzo 2021 n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 maggio 2021, n. 69, di cui al Decreto del Ministro per le disabilità del 08/01/2025.

Monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e soggetti terzi

[art. 1, comma 9, lettera e) – Legge n. 190/2012 e ss.mm.ii.]

DICHIARAZIONE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n 445 del 28 dicembre 2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (Prov. _____),

il _____ residente a _____ (Prov. _____) in via _____ n. _____,

in qualità di Rappresentante Legale e/o Amministratore del _____

_____ con sede legale in _____ (Prov. _____) in

Via _____, n. _____ C.F./P.I.V.A. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del suddetto D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- **che** non sussistono relazioni di parentela o affinità entro il 2° grado, di coniugio, di convivenza tra il sottoscritto né, per quanto a propria conoscenza, tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti del soggetto giuridico per il quale presta la presente dichiarazione ed i dirigenti e dipendenti di Regione Calabria;
- **che** sussistono le relazioni di parentela o affinità entro il 2° grado, di coniugio, di convivenza tra il sottoscritto e, per quanto a propria conoscenza, tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti del soggetto giuridico per il quale presta la presente dichiarazione ed i dirigenti e dipendenti di Regione Calabria di seguito indicati

Titolare/amministrazione/socio/ dipendente del soggetto terzo			Relazione di parentela o affinità /coniugio/convivenza (indicare)	Dirigente/Dipendente della Regione Calabria		
Cognome	Nome	Luogo/ data di nascita		Cognome	Nome	Luogo/ data di nascita

DICHIARA altresì

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Regione Calabria, ogni variazione o modifica rispetto alle situazioni sopra dichiarate.

....., li

N.B.

1. Utilizzare preferibilmente la firma digitale. La firma autografa non è soggetta ad autenticazione se accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità in corso di validità.
2. La dichiarazione deve essere sottoscritta da ciascun Soggetto Partner che si impegna alla costituzione dell'A.T.S.