



Data: 9/01/2019

Alla c.a.

Prot. n°: 11

Segretario Regionale Valle d'Aosta

Oggetto: **AUTOCERTIFICAZIONE L. 124/2017**

== stefania.dalpra@cri.it ==

Allegati: 1

Il/La sottoscritto/a RENATO MALESAN, in qualità di legale rappresentante del Comitato CRI di Aosta in ottemperanza a quanto prescritto dall'art. 1, comma 125, l. n. 124/2017

DICHIARA

che il Comitato di cui è legale rappresentante, CF 01214130070, nel corso dell'anno 2018 ha percepito le sottoelencate sovvenzioni, contributi, incarichi retribuiti o comunque vantaggi economici di qualunque genere da amministrazioni pubbliche, società pubbliche oppure da EsaCRI o dall'Associazione della Croce Rossa Italiana (in quest'ultimo caso solo se l'importo erogato è a valere su fondi pubblici, es. Fondi MEF, Fondi Difesa, Fondi Salute):

| P.A. O SOGGETTO PUBBLICO EROGATORE | IMPORTO PERCEPITO (€) ¹ | DATA BONIFICO | OGGETTO ² |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------|--------------------------------|
| Azienda USL Valle d'Aosta | 1.166,35 | 24/01/18 | Assistenze sanitarie |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 101,10 | 14/02/18 | Rimborso materiale (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 187,50 | 14/02/18 | Taxi sanitario (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.116,70 | 14/02/18 | Rimborso spese vive (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.313,44 | 20/02/18 | Rimborso spese mezzi (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 232,94 | 20/04/18 | Attrezzatura mezzi soccorso(*) |

¹ Indicare solo le erogazioni in denaro superiori a Euro 10.000,00.

² Indicare la causale del contributo/sovvenzione. Ad es.: contributo generico, convenzione trasporti sanitari, convenzione trasporto sociali, appalto servizi sanitari, retta RSA, 5 per mille, contributi ambulanze (c.d. sconto Iva), contributo su acquisti di beni strumentali, rimborsi benzina UTIF, nonché tutti gli altri contributi incassati da enti locali, nazionali, europei, etc.



| | | | |
|---------------------------|-----------|----------|--------------------------------|
| Azienda USL Valle d'Aosta | 180,30 | 20/04/18 | Taxi sanitario (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 706,56 | 20/04/18 | Rimborso materiale (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.146,70 | 20/04/18 | Rimborso spese vive (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 545,03 | 15/05/18 | Assistenze sanitarie |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 12.623,70 | 22/05/18 | Gestione sede e dipendenti (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 4.963,26 | 31/05/18 | Rimborso spese mezzi (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 335,10 | 1/06/18 | Taxi sanitario (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 244,81 | 19/06/18 | Rimborso materiale (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 4.088,00 | 19/06/18 | Rimborso spese vive (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 1.221,60 | 25/06/18 | Assistenze sanitarie |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.060,70 | 9/08/18 | Gestione sede (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 4.246,70 | 9/08/18 | Gestione dipendenti (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 142,39 | 13/08/18 | Rimborso materiale (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 196,40 | 13/08/18 | Taxi sanitario (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 766,50 | 13/08/18 | Rimborso spese mezzi (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.044,00 | 13/08/18 | Rimborso spese vive (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 273,13 | 2/10/18 | Assistenze sanitarie |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.062,00 | 10/10/18 | Gestione sede (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 4.248,00 | 10/10/18 | Gestione dipendenti (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 135,86 | 16/10/18 | Rimborso materiale (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 172,80 | 16/10/18 | Taxi sanitario (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 1.800,80 | 16/10/18 | Rimborso spese mezzi (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 2.111,00 | 16/10/18 | Rimborso spese vive (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 184,80 | 6/12/18 | Taxi sanitario (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 209,67 | 6/12/18 | Rimborso materiale (*) |



| | | | |
|--|----------|----------|---|
| Azienda USL Valle d'Aosta | 687,74 | 6/12/18 | Rimborso spese mezzi (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 1.116,00 | 6/12/18 | Attrezzatura mezzi soccorso (*) |
| Azienda USL Valle d'Aosta | 1.908,00 | 6/12/18 | Rimborso spese vive (*) |
| Azienda Sanitaria Locale di Alessandria | 158,40 | 30/05/18 | Trasporto infermi |
| Associazione della Croce Rossa Italiana | 500,00 | 30/07/18 | Corso DIU alle FF.AA. |
| Associazione della Croce Rossa Italiana | 502,78 | 3/10/18 | Ripartizione spese condominiali |
| Associazione della Croce Rossa Italiana | 179,89 | 3/10/18 | Ripartizione TARI |
| Fondazione Comunitaria della Valle d'Aosta | 1.936,37 | 18/12/18 | Contributo YouthBank progetto "A scuola di primo soccorso" |
| Comune di Aosta | --- | | Occupazione suolo pubblico del 12/05/18 |
| Comune di Aosta | --- | | Occupazione suolo pubblico del 26/05/18 |
| Comune di Aosta | --- | | Sala riunioni del 19/10/18 |
| Comune di Aosta | --- | | Sala riunioni del 3/12/18 |
| Comune di Saint Pierre (AO) | --- | | Salone polivalente del 22/12/18 |
| Azienda Pubblici Servizi Aosta | --- | | Timbratura locandine pubblicitarie corso di accesso novembre 2018 |
| EsaCRI | --- | | Comodato d'uso sede Comitato anno 2018 |

(*) Convenzione per lo svolgimento delle attività di soccorso sanitario e di trasporto degli infermi

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.

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Associazione della Croce Rossa Italiana a pubblicare i dati contenuti nella presente dichiarazione per l'adempimento degli obblighi di legge.

Si allega alla presente copia del documento di identità del legale rappresentante.

Il legale rappresentante

(Firma e timbro)