**FAC SIMILE AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO REQUISITI MINIMI DELL’INTESA STATO REGIONI REP. ATTI N. 184/CSR DEL 14 SETTEMBRE 2022**

 (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46 e 47)

Il/La sottoscritt\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante del seguente **ENTE**: denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, avente sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, costituito con atto (estremi dell’atto costitutivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale (specificare ragione sociale, Srl, SPA, Cooperativa Sociale, etc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi.**

**DICHIARA**

* il possesso dei requisiti minimi previsti dall’intesa stato regioni rep. atti n. 184/csr del 14 settembre 2022;
* di non possedere attualmente tutti i requisiti minimi previsti dall’Intesa Stato-Regioni Rep. atti n. 184/CSR del 14 settembre 2022 ma di adeguarvisi entro il periodo transitorio previsto dall’articolo 12 come modificato dall’Intesa Rep. atti n. 9/CSR del 26 gennaio 2024.

**ALLEGA**

* copia del documento di identità del legale rappresentante in corso di validità

*Il sottoscritto si impegna a comunicare variazione dei dati sopraindicati.*

**LUOGO E DATA FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**