

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RILASCIATA DAL RAPPRESENTANTE LEGALE O DA SUO DELEGATO/INCARICATO

DENOMINAZIONE ENTE GESTORE _____ **SEDE OPERATIVA** _____

ANNO _____ **PERIODO** _____ **CIG** _____

AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 445 E SMI DEL 28/12/2000

Il sottoscritto _____ in qualità di _____ della _____
(Nome e Cognome) (carica ricoperta) (denominazione ente gestore/struttura)

Valendosi delle disposizioni di cui al DPR 28/12/2000 n. 445 e smi e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso DPR sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1,

DICHIARA
sotto la propria personale responsabilità di aver sostenuto le seguenti spese:

FORNITORE	TIPOLOGIA E DESCRIZIONE SPESA SOSTENUTA	MESE/I DI RIFERIMENTO	N. DOCUMENTO CONTABILE	DATA DOCUMENTO CONTABILE	IMPORTO
IMPORTO COMPLESSIVO					

IL DICHIARANTE

DATA _____

(firma leggibile per esteso o firma digitale)

La presente dichiarazione, con firma olografa, corredata da fotocopia del documento d'identità del dichiarante, non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.
In caso di dichiarazione firmata digitalmente non è richiesta copia del documento d'identità.

PER IL DSM - DP AUSL DI BOLOGNA
VISTO SI AUTORIZZA LA LIQUIDAZIONE
IL DEC
(Timbro e Firma)