**ALLEGATO C**

**MODELLO C (da inserire nel file unico *DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA* )**

**da riprodurre su carta intestata del Soggetto partecipante, e da compilare, datare e sottoscrivere da parte del Legale rappresentante dello stesso.**

**Dichiarazione di esclusione da altri finanziamenti**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

**(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

Il sottoscritto ……….., nato a …………. il …………., domiciliato per la carica presso la sede legale in ……………..via…………….sotto indicata, nella sua qualità di legale rappresentante del Distretto Socio-sanitario/Consorzio ATS di ………..………………., con sede in ……………………………… CAP …………, codice fiscale n…………………. P. IVA…………., ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 - D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

**DICHIARA**

di non aver ottenuto o richiesto per il progetto oggetto di domanda di finanziamento nel presente Avviso Pubblico altri contributi da soggetti pubblici e privati che vadano a coprire i costi relativi al contributo richiesto e che il progetto non beneficia di altri fondi specifici nazionali o regionali e non è finanziato da altre fonti di bilancio comunitario.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Il Legale Rappresentante |
| (Timbro e firma) | |
|  | |