



# Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria  
ANAGRAFE FONDI SANITARI - UFFICIO 2  
Viale Giorgio Ribotta, 5  
00144 Roma

**OGGETTO: DICHIARAZIONE A FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE ANNO 2024 relativa all'anno fiscale 2023.**

**Iscrizione/Rinnovo all'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Fondo sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, istituito o adeguato ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 s.m.i., denominato "....."**

Il sottoscritto ....., documento ....., n. ...., rilasciato da....., il ....., in qualità di Legale Rappresentante pro tempore del Fondo denominato ..... (C.F. n.....) e consapevole, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i, delle conseguenze delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti da dichiarazioni mendaci richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR n. 445/2000,

dichiara,

sotto la propria responsabilità, che per l'anno 2023:

- a) Il regolamento, il nomenclatore delle prestazioni garantite, il bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente, telematicamente trasmessi, sono stati approvati dagli organi deliberativi stabiliti nell'atto costitutivo/statuto **e sono stati adottati per l'anno suindicato.**
- b) Lo schema di modello di adesione al Fondo, telematicamente trasmesso, è conforme al modello in **uso nell'anno su indicato.**

Data .....

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia di un documento di identità del Legale Rappresentante.**

**N.B. La presente dichiarazione deve essere inserita nel campo "Certificazione risorse impegnate" presente sul SIAF.**