



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 2021 relativa all'anno fiscale 2020.

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 2020:

- 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.

Modulo anno 2021 per Fondi sanitari tipologia A