**Allegato 14**

**Alimenta la solidarietà.**

**Interventi di contrasto allo spreco alimentare**

**(G05652 del 14/05/2024)**

**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ex art. 47 del d.p.r. n. 445/2000**

**ATTESTAZIONE REALIZZAZIONE ATTIVITÀ DI CONSULENZA DI CUI ALLA LINEA D**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente

nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PROV \_\_\_\_, CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domicilio (se diverso da residenza) in PROV\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di

rappresentante legale del *(APS/ODV/FONDAZIONE)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soggetto attuatore

del progetto di cui al codice CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 consapevole delle sanzioni penali previste dall’Art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall’Art. 3 della Legge 136/2010,

DICHIARA

* Di aver effettuato le seguenti attività (*es. azioni per alleviare l'esclusione sociale e/o per affrontare le emergenze sociali in modo più cosciente e sostenibile come, ad esempio, consulenza ai destinatari nella gestione del bilancio familiare; supporto alla pianificazione e gestione delle spese, assistenza medica; accesso alla distribuzione di farmaci)* con riferimento alle attività finanziate dalla Linea D del presente Avviso;
* di aver raggiunto un numero complessivo di destinatari pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che le schede anagrafiche degli utenti registrati sono conservate presso l’Ente attuatore per i necessari controlli in loco.

Firma del legale rappresentante dell’ETS

(firmato digitalmente)

***(La presente scheda deve essere tenuta agli atti e non essere trasmessa in fase di rendicontazione delle spese).***

**FORMAT SCHEDA ANAGRAFICA UTENTE - LINEA D**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dati generali** | |
| **Nome beneficiario** |  |
| **Cognome beneficiario** |  |
| **Codice fiscale beneficiario** |  |
| **Data di nascita beneficiario** |  |
| **Condizione di disagio di cui al punto 4 dell’Avviso** |  |
| **Codice Univoco Destinatario** |  |
| **Beneficiario delle attività di cui alla Linea B** | ❑ Si ❑ No |

|  |  |
| --- | --- |
| **Consulente/professionista** | |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Codice fiscale** |  |

**Attività svolte** *(es. azioni per alleviare l'esclusione sociale e/o per affrontare le emergenze sociali in modo più cosciente e sostenibile come, ad esempio, consulenza ai destinatari nella gestione del bilancio familiare; supporto alla pianificazione e gestione delle spese, assistenza medica; accesso alla distribuzione di farmaci)*

*Descrivere l’attività svolta e come ciò ha avuto riscontro sulla situazione di difficoltà del destinatario*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Firma destinatario** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*(aggiungere righe in caso di servizi erogati in più giornate)*

Luogo e data

Firma autografa

Dell’operatore che ha attuato

la misura di accompagnamento

(consulente/professionista)

Firma e timbro del rappresentante legale dell’ETS