*Allegato 12*

***DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI INCOMPATIBILITA’***

Il/La sottoscritto/a ..............................................................................................................

nato/a .................................................................( ....) il ......../......../..............

residente a ......................................................(......) in Via.............................................n......

in qualità di...............................................................................................................e legale rappresentante

della...........................................................................................................

con sede in...................................................Via...........................................................n........

codice fiscale..............................................................e P.IVA..............................................

ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. consapevole delle responsabilità e conseguenze civili e penali stabilite dalla legge in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o falsità negli atti e/o l’uso di atti falsi e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non aver ricevuto aiuti incompatibili o di aver provveduto al loro rimborso secondo le normative vigenti

Luogo e data,

Firmato digitalmente dal legale rappresentate/procuratore