



Alla SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

ALLEGATO 4

Coprogettazione di “Percorsi per l'autonomia di persone con disabilità “PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità- Progetto1 - CUP G64H22000390006 e Progetto 2 -CUP G64H22000400006.

“Comunicazione del dato sulla Titolarità effettiva per Enti privati” ex art. 22 par. 2 lett. d) Reg. (UE) 2021/241

Il/La sottoscritto/a
nato/a a prov. (.....) il
Cod.fiscale residente a prov.
(.....) in viaCAP

in qualità di

- ☐ Titolare dell'ETS
☐ Legale Rappresentante

Ragione sociale
Sede legale: via
CAP Comune prov. (.....)
Cod. fiscale

1 COMUNICA che al _____¹

utilizzando il:

- ☐ Criterio dell'assetto proprietario²
☐ Criterio del controllo³
☐ Criterio residuale⁴

è/sono stato/i individuato/i il/i seguente/i titolare/i effettivo/i:

Opzione 1)

¹ Indicare il/i nominativo/i del/dei titolare effettivo/i alla data di selezione del progetto/aggiudicazione della gara.

² In tale caso, compilare alternativamente il campo *Opzione 1)* o *Opzione 2)* o *Opzione 3)*.

³ Vedi nota 2.

⁴ In tale caso, compilare il campo *Opzione 4)*.



sottoscritto/a _____

Opzione 2)

☐ il/la sottoscritto/a unitamente a:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)

Cognome Nome

nato/a a prov. (____) il

Cod. fiscale

residente aprov. (____) in via

CAP

Opzione 3)

☐ nella/e persona/e fisica/che di:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)

Cognome Nome

nato/a a prov. (____) il

Cod. fiscale

residente aprov. (____) in via

CAP

Opzione 4)

☐ poiché l'applicazione dei criteri dell'assetto proprietario e del controllo non consentono di individuare univocamente uno o più titolari effettivi dell'impresa\ETS, dal momento che (specificare la motivazione: *ETSimpresa quotata/impresa ad azionariato diffuso/ecc.*)

....., il/i titolare/i effettivo/i è/sono da individuarsi nella/e persona/e fisica/che titolare/i di poteri di amministrazione o direzione dell'impresa/ETS di seguito indicata/e:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo, compreso il dichiarante laddove quest'ultimo sia individuabile quale titolare effettivo per effetto dell'assenza di controllo o di partecipazioni rilevanti)

Cognome Nome nato/a a
..... prov. (____) il Cod. fiscale
..... residente a
.....prov. (____) in via CAP
.....



Si specifica che il dato indicato nelle precedenti sezioni, relativo alla/e persona/e fisica/che individuata/e come titolare/i effettivo/i alla data di selezione del progetto da parte dell'Amministrazione centrale titolare della Misura PNRR e/o alla data di aggiudicazione della gara,

- ☐ coincide
☐ non coincide

con quello valido alla data di sottoscrizione del presente documento.

Con riferimento a tutti i soggetti sopra indicati, si allega alla presente:

- copia della documentazione da cui è possibile evincere la/le titolarità effettiva/e
- copia dei documenti di identità e dei codici fiscali del/i titolare/i effettivo/i

[Si allega, altresì, copia della carta d'identità e del codice fiscale del dichiarante]⁵.

Luogo e data

Firma

⁵ Applicabile nel caso in cui la comunicazione non sia sottoscritta digitalmente.