



Cofinanziato
dall'Unione europea



Regione
Lombardia

**PROGRAMMA REGIONALE LOMBARDIA - FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS 2021-2027
(PRIORITÀ 1 - OBIETTIVO SPECIFICO ESO 4.1 – AZIONE A.1.)**

AVVISO PUBBLICO

**PERCORSI DI FORMAZIONE ABILITANTI E REGOLAMENTATI PER L'OTTENIMENTO DELLA QUALIFICA DI
AUSILIARIO SOCIO ASSISTENZIALE (ASA) E DI OPERATORE SOCIO SANITARIO (OSS)**

COMUNICAZIONE DEL DATO SULLA TITOLARITÀ EFFETTIVA PER ENTI PRIVATI

EX ART. 22 PAR. 2 REG. (UE) 2021/241

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità ☐ di legale rappresentante ☐ altro soggetto delegato con potere di firma dell'Ente
_____ con sede legale in via/piazza _____, n. _____ nel Comune di
_____ CAP _____ Prov. _____ CF. _____ P.IVA
_____, indirizzo e-mail (utilizzato per le comunicazioni ufficiali relative al
progetto) _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

DICHIARA che al __/__/__

(Indicare la data)

Utilizzando il:

- ☐ Criterio dell'assetto proprietario
- ☐ Criterio del controllo
- ☐ Criterio residuale

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

Opzione 1)

Il/la sottoscritto/a.

Opzione 2)

Il/la sottoscritto/a unitamente a:

Nome e cognome nato/a a il Provincia () CAP il , Cod.

Fiscale , residente a () CAP via n.

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

Opzione 3)

Nella/e persona/e fisica/che di:

Nome e cognome nato/a a il Provincia () CAP il , Cod.

Fiscale , residente a () CAP via n.

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

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/ente, dal momento che *(specificare la motivazione: impresa quotata/impresa ad azionariato diffuso/etc.)*.

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/ente di seguito indicata/e:

Nome e cognome nato/a a il Provincia () CAP il , Cod.

Fiscale , residente a () CAP via n.

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

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

- copia dei documenti di identità e dei codici fiscali del/i titolare/i effettivo/i.

Data e luogo

Il Legale Rappresentante
o Soggetto delegato
[DELL'ENTE PARTNER]