

ALLEGATO A11

**PROGRAMMA NAZIONALE INCLUSIONE E LOTTA ALLA POVERTÀ 2021-2027
PROGRAMMA NAZIONALE FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS (FSE+) 2021-2027**

*Piano di utilizzo dei finanziamenti del Ministero della Giustizia “Una giustizia più
inclusiva – Inclusione socio-lavorativa delle persone sottoposte a misura penale
anche tramite la riqualificazione delle aree trattamentali”*

Azione 2. Attuazione modelli di intervento per l'inclusione attiva dei detenuti (AMA DE)

**PROCEDURA AD EVIDENZA PUBBLICA FINALIZZATA ALL'INDIVIDUAZIONE DI
SOGGETTI PARTNER DI REGIONE LOMBARDIA PER LA REALIZZAZIONE DEL
PROGETTO REGIONALE “SNODI AMPLIFICATORI DELL'OCCUPAZIONE
PENITENZIARIA” A VALERE SULL'AZIONE AMA DE DEL PIANO DEL MINISTERO DELLA
GIUSTIZIA “UNA GIUSTIZIA PIÙ INCLUSIVA”**

**CUP E81J25000970007
CLP PRG-AMADE_FSE-1308-REGIONE LOMBARDIA - AMA DE (FSE+) - AMA DE -
LOMBARDIA FSE+**

COMUNICAZIONE DEL DATO SULLA TITOLARITÀ EFFETTIVA PER ENTI PRIVATI

EX ART. 69 PAR. 2 REG. (UE) 2021/1060

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ (_____) CAP _____ via _____
 n. _____ in qualità di Legale rappresentante dell'Ente (*denominazione Ente*): _____ con
 sede legale nel Comune di _____ (_____) CAP _____ via _____ n. _____ CF _____ Partita IVA _____

Indirizzo mail: _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445

DICHIARA CHE AL ____/____/____

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]