**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI Artt. 46, 47 e 76 DPR 445/2000**

**Alla cortese attenzione del Presidente O.P.I. Rieti**

Il/La sottoscritto/a ............................................................. codice fiscale ..........................................................

nato/a il ......./......./........... a ................................................................... provincia ....... residente in via/piazza

...................................................................... n. ............ cap ............... comune ..................................................

provincia ........ telefono .................................... e-mail ......................................................................................

PEC ........................................................ in qualità di legale rappresentante della Società/Ente ……….……..

........................................................................................ natura giuridica ………………..................................

codice fiscale / P.i.v.a. ........................................................ con sede Legale in via/piazza …………….……..

........................................................ n. ........ cap ............ comune .............................................. provincia ........

telefono ......................... . e-mail ........................................................... PEC …………….................................

costituita con Atto Costitutivo**/**Statuto del ............................ e registrato presso ………………………………

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il sottoscritto decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

**DICHIARA**

* Di essere un centro di Formazione BLSD/P-BLSD accreditato presso ARES 118 Regione Lazio da almeno 12 mesi e aderente come Centro di formazione alla didattica formativa specifica di ARES 118 ed alle sue linee guida aggiornate 2021;
* Di essere in possesso dei requisiti dell’art. 80 del D. Lgs n° 50 del 2006;
* Di essere in regola con gli obblighi previdenziali, assistenziali e fiscali.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Timbro Società/Ente)

Il Rappresentante Legale

(Nome - Cognome)

*N.B. La dichiarazione deve essere corredata di fotocopia,*

*non autenticata, di documento valido di identità del sottoscrittore*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma leggibile)