

**POR-FESR EMILIA-ROMAGNA 2014-2020**

**Asse 1.6.1**

***Azione 1.6.1 - “Interventi per rafforzare la capacità dei servizi***

***sanitari regionali di rispondere alla crisi provocata***

***dall’emergenza epidemiologica da COVID-19”***

"

*Delibera di Giunta Regionale n. 1757 del 16/10/2023*

**Dichiarazione *"Cumulo di contributi"***

**Titolo**: ………………………………………………………………………………………….……

**CUP**: ……………………………………………………………………………………………….

❒ **Azione 1.6.1** *“Interventi per Interventi per rafforzare la capacità dei servizi sanitari regionali di rispondere alla crisi provocata dall’emergenza epidemiologica da COVID-19”*

Il/La sottoscritto/a ……………………………. nato/a il gg/mm/aaaa a ……………………………., domiciliato/a per la carica presso ……………………………., Via/Piazza ……………………………., n. …………………………….

In qualità di legale rappresentante di:

❒ Azienda USL di ………….……………………………………………………………………………….

❒ Azienda Ospedaliero-Universitaria di ……………………………………………………………………….

❒ IOR ………….……………………………………………………………………………….

**Indirizzo** …………………………………………………………………………………………………………….

**Tel**. …………………………………………………………………………………………………………….

**Comune** …………………………………………………………………………………………………………….

**Prov**. …………………………………………………………………………………………………………….

**P.IVA/C.F.** …………………………………………………………………………………………………………….

Essendo a conoscenza:

1. della non cumulabilità dell’operazione con altri aiuti comunitari;
2. del divieto di rendicontare spese per le quali il beneficiario abbia già fruito di una misura di sostegno finanziario pubblico di qualsiasi natura;

**DICHIARA**

❒ che non sono stati richiesti o ottenuti altri contributi pubblici per lo stesso intervento o per spese inerenti alla stessa operazione;

* che sono stati richiesti o ottenuti contributi pubblici per lo stesso intervento o per spese inerenti alla stessa operazione. Specificare …………………………………………………………………………………………

*Lì, gg/mm/aaaa*

Il legale rappresentante

…………………………………………