

**COMUNICAZIONE DEL DATO SULLA TITOLARITÀ EFFETTIVA PER ENTI
PRIVATI EX ART.
22 PAR. 2 LETT. D) REG. (UE) 2021/241**

Oggetto: selezione comparativa per l'attribuzione dell'incarico per la realizzazione di un percorso di supervisione organizzativa professionale per gli anni 2024-2025 per gli Assistenti sociali del Servizio socio-assistenziale della Comunità territoriale della val di Fiemme e del Comun General de Fascia, rientrante nell'ambito del Progetto "Rafforzamento dei Servizi Sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali" finanziato nell'ambito della Missione 5, Componente 2, Sotto- componente 1, Investimento 1.1, Linea 1.1.4 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (CUP C44H22000480006)

La/Il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____, il _____,
C.F. _____ residente a _____ (____) CAP _____ via
_____, in qualità di

Titolare dell'impresa individuale

Legale Rappresentante

dell'operatore economico _____
con sede a _____ prov (____) CAP _____
in via _____
indirizzo e-mail/PEC _____
C.F. _____ P. IVA _____

COMUNICA che

utilizzando il:

Criterio dell'assetto proprietario¹ Criterio del controllo² Criterio residuale³

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

Opzione 1)

il/la sottoscritto/a.

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

² Vedi nota 1

³ In tale caso, compilare il campo Opzione 4)

Opzione 2)

il/la sottoscritto/a unitamente a:

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

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
prov. (____) il _____ C.F. _____ residente a _____
prov. (____) in via _____ CAP _____

Opzione 3)

nella/e persona/e fisica/che di:

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

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____
prov. (____) il _____ C.F. _____ residente a _____
prov. (____) 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\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:

(ripetere le informazioni sotto indicate 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 _____ C.F. _____ residente a _____
prov. (____) in via _____ CAP _____

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

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
(luogo e data)

.....
(timbro e firma se non firmata digitalmente PADES)