



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Regione Umbria



Umbria in Salute



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

ALLEGATO L AL DISCIPLINARE

Template “Comunicazione dei dati sulla Titolarità effettiva per Enti privati”

ex art. 22 par. 2 lett. d) Reg. (UE) 2021/241

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a....., prov.
(.....), il....., Cod. fiscale,
residente a prov. (.....) in via, CAP, in qualità di
....., della (ragione/denominazione sociale)
.....

Sede legale: via, CAP Comune
..... prov. (.....), Cod. fiscale

In riferimento alla procedura CIG..... - CUP

OGGETTO:.....

COMUNICA 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:

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



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



ALLEGATO L AL DISCIPLINARE

Cognome Nome nato/a a prov.
() il Cod. fiscale.....
residente aprov. () in via CAP.....

Opzione 3)

☐ nella/e persona/e fisica/che di:

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

Cognome Nome nato/a a prov.
() il Cod.
fiscale.....residente aprov. () 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/ecc).....*, 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 sottoindicate 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 Cod. fiscale.....
residente aprov. () in via CAP.....

Si specifica che il dato indicato nelle precedenti sezioni, relativo alla/e persona/e fisica/che individuata/e come titolare/i effettivo/i alla data di selezione del progetto da parte dell'Amministrazione centrale titolare della Misura PNRR e/o alla data di aggiudicazione della gara,

☐ coincide

☐ non coincide

con quello valido alla data di sottoscrizione del presente documento.



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



Regione Umbria



Umbria in Salute



AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

ALLEGATO L AL DISCIPLINARE

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

(Nel caso in cui la comunicazione non sia sottoscritta digitalmente)

Si allega, altresì, copia della carta d'identità e del codice fiscale del dichiarante]

Luogo e data

Firma