

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
INSUSSISTENZA/IRRECUPERABILITA' ATTO COSTITUTIVO
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

✓/La sottoscritta FIORI PATRIZIA nato a MIRANDOLA - MO -
il 08-11-1961 residente a CORPI Via S. ILO ROSSI DI CORTILE 8/A
codice fiscale FRIPRZG15H8F240K

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

nella qualità di legale rappresentante dell'Associazione CIRCOLO ARCI "UGO BARBARO DI CORTILE
DI CORPI APS, avente sede in
CORTILE DI CORPI VIA CHIESA 37 C.F. 81004340360, iscritta al
Registro TESEO N° 1268

ai fini di cui all'art. 8, comma 5, lett. a) del D.M. 15 settembre 2020, che la predetta Associazione non è grado di depositare l'atto costitutivo in ragione della sua ~~insussistenza~~/irrecuperabilità e che la stessa è ininterrottamente operante a decorrere dal 1996

(è possibile ulteriormente specificare i motivi della insussistenza/irrecuperabilità e da cosa si deduce la sua anzianità di attività)

Dichiara, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla 'Informativa generale privacy' ai sensi dell'art.13 del GDPR.

CORTILE DI CORPI, li 07-10-2022

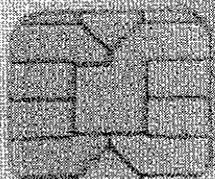
Il Dichiarante Fiori Patrizia

Allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante

5

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA

L



Codice Fiscale **FRIPRZ61S48F240H**

Sexo **F**

Cognome **FIORI**

Nome **PATRIZIA**

Data di scadenza

Luego di nascita **MIRANDOLA**

09/08/2026 Provincia **MO**

Data di nascita **08/11/1961**

Dati sanitari aggiuntivi

Cognome **FIORI**
 Nome **PATRIZIA**
 nato il **08/11/1961**
 (atto n. **326** p. **1** s. **A**)
 a **MIRANDOLA (MO)**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **CARPI**
 Via **S. ILO ROSSI DI CORTILE, n. 8/A**
 Stato civile **Coniugata**
 Professione _____
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,57**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **AZZURRI**
 Segni particolari _____



Firma del titolare *Patrizia Fiori*
CARPI il **05/06/2015**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
 per IL SINDACO
 (Manda Ferrara)