**AVVISO TEST TAMPONI ETS 3° EDIZIONE**

**DICHIARAZIONE INTEGRATIVA**

Il/La sottoscritto/a………………………………………… nato/a……………………il………………….

in qualità di **legale rappresentante** dell’Ente del Terzo Settore di seguito indicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPPURE**

in qualità di **delegato** dell’Ente del Terzo Settore di seguito indicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **munito di idonea procura**

sotto la propria responsabilità, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi e/o il loro uso, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, oltre già quanto dichiarato in sede di presentazione della domanda

**DICHIARA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.P.R. n. 445/2000 CHE**

con riferimento all’art.1 lett. b dell’avviso “*Emergenza epidemiologica COVID 19 – Misure di sostegno per l’esecuzione del test antigenico per gli operatori degli Enti del Terzo settore impegnati nelle attività socio assistenziali – 3 Edizione*” che la documentazione presentata relativamente alle spese effettivamente sostenute si riferisce alla richiesta di rimborso:

* di massimo due test antigenici al mese, per ciascun operatore, con cadenza non superiore a 15 giorni l’uno dall’altro a decorrere dal 1 luglio 2021 al 16 settembre 2021 compresi;
* di un test antigenico ogni 30 giorni per ciascun operatore, a decorrere dal 17 settembre 2021 al 31 dicembre 2021 compresi.

Luogo………………………………………, il………………………….

Firma rappresentante legale o delegato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_