



**AFFIDAMENTO ATTRAVERSO BUONI DI SERVIZIO (L.P. 27 luglio 2007 n.13 art. 22, co.3, lett.b) DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E DI CONTESTO (comprensivo dei servizi accessori di consegna pasto a domicilio e ritiro/consegna biancheria a domicilio) e DIMISSIONI PROTETTE A FAVORE DI CITTADINI RESIDENTI NEI COMUNI DELLA COMUNITÀ VALSUGANA E TESINO
AVENTE VALIDITÀ DAL 01/04/2026 AL 31/03/2029**

Parte degli interventi rientreranno nelle misure di finanziamento dell'Unione Europea – Next Generation EU - PNRR (*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza*) – MISSIONE 5 – COMPONENTE 2 – SOTTOCOMPONENTE 1

* INVESTIMENTO 1.1 - SUB INVESTIMENTO 1.1.3 *“Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale”* - CUP C44H22000470006

↳ RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

↳ DIMISSIONI PROTETTE

* INVESTIMENTO 1.2 *“Percorsi di autonomia per le persone con disabilità”* – codice CUP: C44H22000500006

↳ SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ

Comunicazione del dato 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 _____ C.F. _____ residente a _____
prov.(____) in via _____ CAP _____ in qualità di:

☐ Titolare dell'impresa individuale

☐ Legale Rappresentante

Ragione sociale _____ Sede legale: _____ via _____
_____ CAP _____ Comune _____
prov. (____) C.F. _____

COMUNICA che al ¹

utilizzando il:

☐ Criterio dell'assetto proprietario²

☐ Criterio del controllo³

☐ Criterio residuale⁴

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

¹ Indicare il/i nominativo/i del/dei titolare effettivo/i alla data di selezione del progetto/affidamento del servizio.

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

³ Vedi nota 2

⁴ In tale caso, compilare il campo Opzione 4)



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
Piano Nazionale
di Ripresa e Resilienza



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)

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 sottoindicate 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/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 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 _____



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
Piano Nazionale
di Ripresa e Resilienza



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 affidamento del servizio,

☐ coincide ☐ non coincide

con quello valido alla data di sottoscrizione del presente documento.

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

[Si allega, altresì, copia della carta d'identità e del codice fiscale del dichiarante]⁵

Luogo e data _____

Firma _____

⁵ Applicabile nel caso in cui la comunicazione non sia sottoscritta digitalmente