DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La sottoscritta **Maria Grazia Furnari** nata a **Palermo (PA)**, il **31/10/1962** CF **FRNMGR62R71G273V** residente a Palermo in via M. Rapisardi n. 53, in qualità di legale rappresentante e **Direttrice Generale** dell' **Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"** con sede in Palermo Via del Vespro n. 127, 90127 Palermo. Partita Iva n. 05841790826 , recapito telefonico **+39 091 6555204,** e-mail **direzione.generale@policlinico.pa.it,** P.E.C. protocollo@cert.policlinico.pa.it, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

L'impegno a mantenere la destinazione d'uso del bene oggetto dell'intervento per almeno 5 anni consecutivi successivi al pagamento del saldo, ai sensi dell'art. 65 del Reg. (UE) n. 1060/2021, pena la revoca del finanziamento concesso e conseguente restituzione delle somme ricevute.

Palermo,

Il Dichiarante

Dott.ssa Maria Grazia Furnari