

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Marca da bollo € 16,00

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in qualità di legale rappresentante della ditta sottoindicata

CHIEDE

la concessione di contributo a fondo perduto *in attuazione del DPCM del 24 settembre 2020 di ripartizione, termini, modalità di accesso e rendicontazione dei contributi ai comuni delle aree interne, a valere sul Fondo di sostegno alle attività economiche, artigianali e commerciali per ciascuno degli anni dal 2020 al 2022 pubblicato sulla G.u. n. 302 del 04/12/2020*

A TAL FINE DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445 /2000 sotto la propria responsabilità

DATI GENERALI IMPRESA

Nome dell'impresa	
Indirizzo PEC	
SEDE LEGALE	
Via/Piazza:	numero:
Città:	Provincia:
P.IVA	Codice Fiscale
Codici ATECO	
Telefono fisso e cellulare	
Indirizzo E-mail:	

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome:	Cognome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Indirizzo di residenza:	Città di residenza:
Codice Fiscale:	

TIPOLOGIA CONTRIBUTO RICHIESTO

- Contributo spese di gestione
- Contributo spese di investimento

Tale contributo si riferisce alle seguenti tipologie di interventi (BENI/SERVIZI/LAVORI) realizzati nel corso dell'anno 2022 la cui spesa ammonta a complessivi € _____ escluso IVA:

N.B: i lavori/prestazioni/servizi dovranno essere conclusi entro il giorno 31/12/2022, e tutte le fatture dovranno avere data a partire dalla data del 1° gennaio 2022 e non oltre 30/06/2023

Tempistica di realizzazione dell'intervento	
Inizio:	Fine:
Sede dell'intervento	

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso integrale visione dell'Avviso pubblico per contributi a fondo perduto per spese di gestione, in attuazione del DPCM del 24 settembre 2020 relativo ai commi 65-ter, 65-quater e 65-quinquies dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, così come modificati dal comma 313 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2019, n.160 e dall'articolo 243 del decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020;
- di rientrare nella tipologia di soggetti beneficiari di cui all'articolo 6 dell'Avviso in quanto (barrare la casella pertinente):

MICRO IMPRESA

PICCOLA IMPRESA

- di possedere i requisiti di ammissibilità di cui all'articolo 4 dell'Avviso
- di non essere impresa in difficoltà alla data del 31/12/2021;
- di non aver cessato l'attività;
- che l'impresa non ha usufruito di benefici considerati illegali o incompatibili dalla Commissione Europea, ovvero di averli restituiti o bloccati in un conto particolare;
- di impegnarsi a produrre tutta la documentazione contabile giustificativa delle spese sostenute
- che l'impresa non è debitrice nei confronti del Comune di San Quirico d'Orcia alla data del 31/12/2022

oppure

che l'impresa ha in essere un piano di rateizzazione approvato dall'Amministrazione e di essere in regola con il pagamento delle rate

ALLEGA

– **Fotocopia del documento di identità in corso di validità;**

CON RIFERIMENTO AL CONTRIBUTO DA RICEVERE DICHIARA CHE I RIFERIMENTI DEL CONTO CORRENTE PER IL VERSAMENTO SONO:

IBAN

PAESE	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

- **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente al Comune di San Quirico d'Orcia eventuale variazione delle coordinate bancarie per il versamento del contributo spettante.

Data, timbro e firma del legale rappresentante

(firma resa autentica allegando copia di documento di identità ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000)

Firma _____

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati", manifesta il consenso a che il Comune di San Quirico d'Orcia proceda al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali e sensibili, ivi inclusa la loro eventuale comunicazione/diffusione ai soggetti indicati nella predetta informativa, limitatamente ai fini ivi richiamati.

Firma _____
