

Al Comune di Tempio Pausania
 Servizi Sociali – Ufficio di Piano
 Ente gestore capofila dell'Ambito PLUS
 PEC: protocollo@pec.comune.tempiopausania.ot.it

DOMANDA CONTRIBUTO

ai sensi dell'art. 19 novies, del DL n. 137/2020 convertito con modificazioni dalla legge 176/2020, per facilitare l'acquisizione di dispositivi di protezione e medicali nelle strutture residenziali pubbliche e private, accreditate e convenzionate, comunque denominate dalle normative regionali.

Il/La sottoscritto/a _____,
 in qualità di Rappresentante legale dell'Ente _____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso e delle norme e disposizioni di riferimento nel medesimo richiamate.
- i dati del Rappresentante legale dell'Ente:

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------|--|
| Nome: | | Cognome: | |
| Codice Fiscale: | | Luogo di nascita: | |
| Provincia di nascita: | | Data di nascita: | |
| Residenza e indirizzo: | | | |
| | | | |

- i seguenti dati dell'Ente:

| | | | |
|-----------------------|--|----------------------|--|
| Denominazione: | | C.F. / P. IVA | |
| Sede legale: | | | |

| | | | |
|---|---|-------------------------|-----------------------|
| Sede operativa: | | | |
| Autorizzazione al funzionamento | n. _____ | del _____ | |
| Numero posti letto* | n. posti totali _____ | N. posti occupati _____ | Media anno 2021 _____ |
| E-mail: | | | |
| Pec: | | | |
| Sito web: | | | |
| Recapiti telefonici: | | | |
| Iscrizione Albo | <i>Specificare l'albo e i riferimenti</i> | | |
| Iscrizione Enti previdenziali (ove sussista) | INAIL: | | |
| | INPS: | | |
| CCNL di riferimento applicato ai lavoratori dipendenti | | | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Conto corrente dedicato | <i>Indicare il numero del conto corrente</i> |
| | <i>Inserire la denominazione istituto e indicazione filiale/agenzia</i> |
| | <i>Indicare IBAN</i> |
| | <i>Indicare le persone delegate a operare su tale conto con annesso codice fiscale</i> |

***I dati richiesti sono relativi all'intero anno 2021**

Con la presente, il/la sottoscritto/a, in qualità di Rappresentante legale dell'Ente suddetto, chiede l'erogazione del contributo di € _____ per l'annualità 2021, ai sensi dell'art. 19 novies, del DL n. 137/2020 convertito con modificazioni dalla legge 176/2020, per

_____.

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Fatture e ricevute quietanziate;
2. Altro:

Luogo e data _____

Firma del Rappresentante legale dell'Ente

In caso di firma autografa, allegare copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore