

Al Comune di Villanovafranca

Al Responsabile dell'Ufficio AAGG

Piazza Risorgimento, 18

09020 Villanovafranca (SU)

[protocollo@pec.comune.villanovafranca.ca.it](mailto:protocollo@pec.comune.villanovafranca.ca.it)

**CONTRIBUTI A FONDO PERDUTO IN FAVORE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE COMMERCIALI E  
ARTIGIANALI OPERANTI NEL COMUNE DI VILLANOVAFRANCA – II ANNUALITÀ**

di cui al DPCM del 24.09.2020 "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 "

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

**DICHIARAZIONE ASSEVERATA DA DOTTORE COMMERCIALISTA O RAGIONIERE / PERITO  
COMMERCIALE ATTESTANTE I REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ DA PRODURRE AGLI  
ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, e-mail. \_\_\_\_\_, Pec. \_\_\_\_\_

In qualità di:

☐ Commercialista regolarmente iscritto all'Ordine/Collegio professionale dei  
\_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_;

☐ Consulente del Lavoro regolarmente iscritto all'Ordine/Collegio professionale dei  
\_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_

O IN ALTERNATIVA

Il  
Centro/CAF/Associazione/Società \_\_\_\_\_

iscritto/registrato a \_\_\_\_\_ al  
n. \_\_\_\_\_ nella persona dell'amministratore/legale rappresentante \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) alla via  
\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in seguito all'incarico conferitogli da (specificare ragione sociale impresa/nominativo lavoratore  
autonomo) \_\_\_\_\_ con sede legale in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ e in  
relazione all'Avviso pubblico per contributi a fondo perduto per spese sostenute, in attuazione del

DPCM del 24.09.2020 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,

Consapevole delle sanzioni nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**ATTESTA CHE**

- ☐ l'impresa\_\_\_\_\_ rientra nella tipologia di soggetti beneficiari di cui all'articolo 3 del suddetto Avviso;
- ☐ l'impresa\_\_\_\_\_ richiede i contributi per le finalità previste tra gli ambiti di intervento di cui all'articolo 4 del suddetto Avviso;

Dichiara, inoltre, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003, i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma per esteso e leggibile del/della dichiarante)

Le firme potranno essere digitali ovvero autografe in relazione alle modalità di predisposizione e di spedizione della pratica; indipendentemente da dette modalità qualora la sottoscrizione sia autografa andranno allegate copie (informatiche o cartacee) dei documenti di identità dei firmatari