



COMUNE DI COLLEDIMACINE

«decorato con la croce di guerra al valor militare»

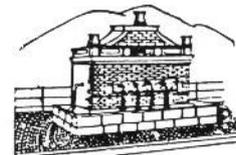
PROVINCIA DI CHIETI

c.a.p. 66010

c.f. 00268080694

c.c.p. 12439667

Tel. 0872 969453 - Fax 0872 966979



fontana monumentale a. 1895

n. 1 marca da bollo € 16,00
NUMERO DI SERIE

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

per contributi a fondo perduto per spese di gestione, 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 Gazzetta ufficiale n. 302 del 4 dicembre 2020

Il sottoscritto¹

Firmatario della domanda

nato

Luogo e data di nascita

residente

Comune, via – Prov. – CAP

codice fiscale

Codice fiscale personale

in qualità di

Legale Rappresentante/Titolare dell'Impresa

dell'impresa²

Nome di: Impresa (ove ricorre)

con sede in

Comune, via – Prov. – CAP della sede legale/operativa

codice fiscale/partita IVA

Partita IVA

PEC – tel. – email

La PEC aziendale è obbligatoria

Iscritta al Registro
Imprese di

(ove ricorre)

n. REA

il

Albo Imprese Artigiane
Codice ATECO

¹ Titolare, legale rappresentante o procuratore speciale (in quest'ultima ipotesi allegare procura o copia autenticata della stessa).

² Indicare la ragione sociale.



COMUNE DI COLLEDIMACINE

«decorato con la croce di guerra al valor militare»

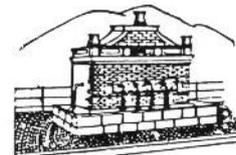
PROVINCIA DI CHIETI

c.a.p. 66010

c.f. 00268080694

c.c.p. 12439667

Tel. 0872 969453 - Fax 0872 966979



fontana monumentale a. 1893

CHIEDE

che l'importo concesso sia accreditato sul seguente conto corrente bancario o postale intestato all'impresa/lavoratore autonomo, individuato come conto corrente:

Bancario/Postale		C/C n.	
------------------	--	--------	--

Intestato a	
-------------	--

IBAN

PAESE	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

DICHIARA

o 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;

o di rientrare nella tipologia di soggetti beneficiari di cui all'Art. 4 dell'Avviso in quanto **(barrare la casella pertinente):**

essere, alla data di presentazione della domanda, attività economiche in ambito commerciale e artigianale (iscritte all'albo delle Imprese Artigiane) attraverso un'unità operativa (unità locale) ubicata nel territorio del Comune di Colledimacine;

essere regolarmente costituito e iscritto al Registro Imprese o, nel caso di imprese artigiane, all'Albo delle imprese artigiane e di essere attivo al momento della presentazione della domanda;

essere regolarmente costituito e iscritto al registro delle imprese dopo il 1° gennaio 2020 e precisamente in data _____ (per le nuove imprese);

Tipo di impresa (barrare la/e casella/e relativa/e alla situazione in cui si trova l'impresa richiedente):

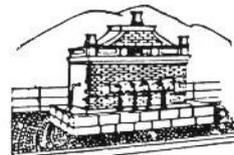
- Attività agricola (limitatamente allo svolgimento delle attività di natura commerciale connesse all'attività agricola che deve essere indicato in Visura camerale).**
- Attività commerciale (almeno uno dei codici ATECO presenti nella Visura camerale deve avere riferimenti di "natura commerciale").**



COMUNE DI COLLEDIMACINE

«decorato con la croce di guerra al valor militare»

PROVINCIA DI CHIETI



c.a.p. 66010

c.f. 00268080694

c.c.p. 12439667

Tel. 0872 969453 - Fax 0872 966979

fontana monumentale a. 1895

- Attività artigianale Iscritta all'Albo delle imprese Artigiane di _____ nr _____.**
- Impresa autonoma.**

DICHIARA, altresì

ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

- non siano sottoposte a procedure di liquidazione (compresa liquidazione volontaria), non si trovino in stato di fallimento, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la normativa vigente;
 - di impegnarsi formalmente - pena la revoca del contributo e l'obbligo alla restituzione del contributo percepito - a mantenere l'attività in esercizio per i 3 anni successivi dall'erogazione del contributo stesso;
- o di avere un'unità operativa (unità locale) ubicata nel territorio del Comune di Colledimacine in via _____;

DATI RELATIVI AL CALO DI FATTURATO

Da riempire solo nel caso in cui ricorra la condizione relativa alla perdita del fatturato.

Di essere attività che nell'annualità 2020 (1° gennaio 2020 – 31 dicembre 2020) ha ottenuto ricavi minori rispetto ai ricavi del medesimo periodo 2019 (1° gennaio 2019 – 31 dicembre 2019):

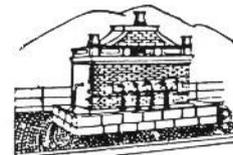
- RICAVI DEL PERIODO 01/01/2019 – 31/12/2019 SONO STATI PARI AD
EURO _____(A)
- RICAVI DEL PERIODO 01/01/2020 – 31/12/2020 SONO STATI PARI AD
EURO _____(B)
- DECREMENTO DEI RICAVI (A) – (B) = EURO _____ (C)



COMUNE DI COLLEDIMACINE

«decorato con la croce di guerra al valor militare»

PROVINCIA DI CHIETI



c.a.p. 66010

c.f. 00268080694

c.c.p. 12439667

Tel. 0872 969453 - Fax 0872 966979

fontana monumentale a. 1895

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 Colledimacine 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.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, si allega copia di documento di identità in corso di validità

tipo	Tipo di documento di identità valido – Es. Carta di Identità
n.	Numero del documento di identità indicato
rilasciato da	Ente che ha rilasciato il documento di identità indicato
il	Data di rilascio del documento di identità indicato
Luogo e Data	

Data, timbro e firma del Legale Rappresentante

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