**All’Ente gestore capofila dell’Ambito**

**PLUS CAGLIARI 21**

**Comune di Selargius**

**Via lstria 1**

**09047 - Selargius**

[**protocollo@pec.comune.selargius.ca.it**](mailto:protocollo@pec.comune.selargius.ca.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**

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

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

1. 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** | *Specificare l’albo e i riferimenti* | | | | | |
| **Iscrizione Enti previdenziali**  **(ove sussista)** | **INAIL:** | | | | | |
| **INPS:** | | | | | |
| **CCNL di riferimento applicato ai lavoratori dipendenti** |  | | | | | |

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

***\*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 quietanzate;
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* |