



# COMUNE DI BROCCOSTELLA

PROVINCIA DI FROSINONE

CAP 03030 - Piazza Municipio, 1 - Tel 0776/89281 - Fax 0776/871629 - Cod. Fisc. e Partita Iva 00283490605  
e-mail: [info@comune.broccostella.fr.it](mailto:info@comune.broccostella.fr.it) – p.e.c.: [comunebroccostella@interfreepec.it](mailto:comunebroccostella@interfreepec.it)

## 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 sottoscritto<sup>1</sup>

Firmatario della domanda

nato

Luogo e data di nascita

residente

Comune, via – Prov. – CAP

codice fiscale

Codice fiscale personale

in qualità di

Legale rappresentante

dell'impresa<sup>2</sup>

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

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

<sup>2</sup> Indicare la ragione sociale.

## 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

○ di aver preso integrale visione dell'Avviso pubblico per contributi a fondo perduto per spese di gestione, in attuazione del DPCM 20 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 comma 1 dell'Avviso in quanto:  
**(barrare la casella pertinente)**

- A:** attività che hanno subito, a seguito delle disposizioni normative di contenimento della diffusione del Covid-19, la chiusura totale e/o parziale nei periodi marzo - aprile – maggio 2020 e novembre – dicembre 2020.
- B:** attività che hanno subito, a seguito delle disposizioni normative di contenimento della diffusione del Covid-19, la chiusura totale e/o parziale nel periodo marzo – aprile – maggio 2020 o nel periodo novembre – dicembre 2020;
- C:** tutte le altre attività che dimostrino, attraverso la presente autocertificazione ed idonea documentazione, di aver avuto perdite di fatturato superiore complessivamente al 50% nei mesi di marzo, aprile, maggio, novembre e dicembre 2020 rispetto al fatturato complessivo relativo agli stessi mesi dell'anno 2019.

Nel caso si selezioni la **casella C** si dichiara pertanto:

- di aver avuto perdite di fatturato superiore complessivamente al 50% nei mesi di marzo, aprile, maggio, novembre e dicembre 2020 rispetto al fatturato complessivo relativo agli stessi mesi dell'anno 2019.
- di possedere i requisiti di ammissibilità di cui all'articolo 4 del presente avviso

## DICHIARA, altresì

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

- 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;

## ALLEGA

Fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità;

Attestazione dei requisiti di ammissibilità (Allegato B).

### Data, timbro e firma del legale rappresentante

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

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 la Regione Abruzzo 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)