

**Ufficio di Piano**  
Piazza Santa Maria, 25  
07012 Bonorva (SS)  
Tel. e Fax 079/867799  
udp.plusalghero@gmail.com  
www.plusalghero.it

**Comune Capofila**  
**Bonorva**  
Piazza Santa Maria , 27  
07012 Bonorva (SS)  
Tel: 079/867894  
Fax 079/866630

**Allegato A - ISTANZA**

**Al Settore Servizi Sociali  
Comune di Bonorva (SS)  
Ente gestore capofila dell'Ambito PLUS di Alghero**

**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 veritieri, 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:

<b>Nome:</b>		<b>Cognome:</b>	
<b>Codice Fiscale:</b>		<b>Luogo di nascita:</b>	
<b>Provincia di nascita:</b>		<b>Data di nascita:</b>	
<b>Residenza e indirizzo:</b>			

3. i seguenti dati dell'Ente:

<b>Denominazione:</b>		<b>C.F. / P. IVA</b>	
<b>Sede legale:</b>			

**Ufficio di Piano**  
 Piazza Santa Maria, 25  
 07012 Bonorva (SS)  
 Tel. e Fax 079/867799  
 udp.plusalghero@gmail.com  
 www.plusalghero.it

**Comune Capofila**  
**Bonorva**  
 Piazza Santa Maria , 27  
 07012 Bonorva (SS)  
 Tel: 079/867894  
 Fax 079/866630

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

<b>Conto corrente dedicato</b>	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 quietanziate;
2. Altro:

**Ufficio di Piano**  
Piazza Santa Maria, 25  
07012 Bonorva (SS)  
Tel. e Fax 079/867799  
udp.plusalghero@gmail.com  
www.plusalghero.it

**Comune Capofila**  
**Bonorva**  
Piazza Santa Maria , 27  
07012 Bonorva (SS)  
Tel: 079/867894  
Fax 079/866630

Luogo e data

Firma del Rappresentante legale dell'Ente<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> In caso di firma autografa, allegare copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore