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 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:			

3. i seguenti dati dell'Ente:

Denominazione:		**C.F. / P. IVA**	
Sede legale:			

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

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 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[1]

[1] In caso di firma autografa, allegare copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore