



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE



**PLUS**

Distretto di Iglesias  
Comuni di Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore,  
Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia  
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

All'Ente gestore capofila dell'Ambito PLUS di  
Iglesias

## 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

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

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

- 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:				

<b>Iscrizione Albo</b>	<i>Specificare l'albo e i riferimenti</i>
<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>	<i>Indicare il numero del conto corrente</i>
	<i>Inserire la denominazione istituto e indicazione filiale/agenzia</i>
	<i>Indicare IBAN</i>
	<i>Indicare le persone delegate a operare su tale conto con annesso codice fiscale</i>

**\*I dati richiesti sono relativi all'intero anno 2021**

**D I C H I A R A** inoltre

Di aver sostenuto le seguenti spese

SOGGETTO CREDITORE	OGGETTO DELLA SPESA	N° E DATA FATTURA	IMPORTO LIQUIDATO	QUIETANZA (n° e data bonifico o attestazione)
<b>TOTALE USCITE</b>			<b>€</b>	<b>,00</b>

- Che tutta la documentazione fiscale sopra indicata non verrà utilizzata dall'Ente che rappresenta per la rendicontazione di altri finanziamenti ricevuti dallo stesso.

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 le spese sopra dichiarate.

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Fatture e ricevute quietanziate;
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*