

# ALLEGATO A

## DOMANDA DI CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a..... nato/a.....il.....

in qualità di **legale rappresentante** dell'Ente del Terzo Settore di seguito indicato  
\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

### OPPURE

in qualità di **delegato** dell'Ente del Terzo Settore di seguito indicato \_\_\_\_\_ con  
sede legale in \_\_\_\_\_, **munito di idonea procura**

sotto la propria responsabilità, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi e/o il loro uso, sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali

### DICHIARA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.P.R. n. 445/2000 CHE

- **possiede tutti i requisiti previsti dall'art. 2 dell'Avviso;**
- tutte le informazioni fornite on line attraverso il sistema predisposto per l'invio delle domande di contributo corrispondono al vero;
- per le spese di seguito indicate non ha ottenuto altri finanziamenti pubblici o privati;
- ha svolto nella Regione Lazio attività socio assistenziali con gli operatori appartenenti ad una delle "*fasce a maggior rischio di contagio*" di cui alla Circolare del 26 novembre 2020, prot. n. 1035815 dell'Unità di Crisi della Regione Lazio;
- ha sostenuto nel periodo per il quale ha presentato domanda il numero di test antigenici indicati nella tabella seguente agli operatori sociali appartenenti ad una delle sopra specificate "*fasce a maggior rischio di contagio*", i cui dati nominativi sono correttamente riportati nel documento denominato "***Elenco degli operatori***";

	<b>NUMERO OPERATORI SOCIALI CHE HANNO FATTO IL TEST ANTIGENICO NEL PERIODO DI RIFERIMENTO</b>
<b><i>fasce a maggior rischio di contagio</i></b>	
strutture residenziali	
servizi domiciliari a contatto continuativo con l'utente	
centri diurni che operano in presenza dell'utente	
servizi e associazioni operanti nelle strutture penitenziarie	

- la documentazione contabile allegata on line è conforme all'originale, di importo pari all'importo del contributo richiesto e coerente con i dati di seguito riportati

(replicare le informazioni indicate nella tabella seguente per ciascun documento contabile allegato on line):

<b>DATI IDENTIFICATIVI DELLA DOCUMENTAZIONE CONTABILE</b>	
<b>Numero della fattura</b>	
<b>Data della fattura</b>	
<b>Laboratorio che ha effettuato il test antigenico</b>	
<b>Costo unitario del test antigenico</b>	
<b>Importo totale fattura</b>	

**COSTO COMPLESSIVO SOSTENUTO**

per effettuare tutti i test antigenici nel periodo di riferimento \_\_\_\_\_

**barrare una delle seguenti caselle a); b)**

**a) non è tenuto alla presentazione della certificazione di regolarità contributiva (D.U.R.C.) per il seguente motivo: (indicare una sola delle situazioni per le quali è impossibilitato a produrre il D.U.R.C.)**

*non svolge attività d'impresa e pertanto non può produrre il D.U.R.C.;*

*svolge attività d'impresa commerciale in forma individuale senza collaboratori e/o dipendenti e pertanto, non essendo soggetto/a all'iscrizione I.N.A.I.L./I.N.P.S., non può produrre il D.U.R.C.;*

*non è tenuto al possesso del D.U.R.C. in quanto non è tenuto a versamenti I.N.P.S. e I.N.A.I.L.;*

### **OPPURE**

**b) è tenuto alla presentazione della certificazione di regolarità contributiva (D.U.R.C.)** e che è in regola con gli obblighi previdenziali e contributivi e possiede una situazione di regolarità contributiva per quanto riguarda la correttezza nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali ed assicurativi nei confronti di I.N.P.S. e I.N.A.I.L.;

Luogo....., il.....

Firma rappresentante legale o delegato\_\_\_\_\_