

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***";

	NUMERO OPERATORI SOCIALI CHE HANNO FATTO IL TEST ANTIGENICO NEL PERIODO DI RIFERIMENTO
<i>fasce a maggior rischio di contagio</i>	
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):

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

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_____