**AVVISO TEST TAMPONI ETS 3° EDIZIONE**

**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 socioassistenziali 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 socialiappartenenti ad una delle sopra specificate “*fasce a maggior rischio di contagio”***, i cui dati nominativi sono correttamente riportati nel documento denominato “*Elenco degli operatori*”;**

|  |  |
| --- | --- |
| ***fasce a maggior rischio di contagio*** | **NUMERO OPERATORI SOCIALI CHE HANNO FATTO IL TEST ANTIGENICO NEL PERIODO DI RIFERIMENTO** |
| 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** |  |

* **NUMERO COMPLESSIVO DI TEST effettuati dall’ETS e per i quali viene richiesto il riconoscimento delle spese suddivisi in:**
* **Numero test antigenici con periodicità 15 giorni[[1]](#footnote-1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Numero test antigenici con periodicità 30 giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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.RC;*

□ *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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Solo per test antigenici sostenuti nel periodo 1 luglio 2021 – 16 settembre 2021 [↑](#footnote-ref-1)