|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALLEGATO 4 - STP** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMPORTANTE: LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE COMPILATA DA PARTE DI CIASCUN SOCIO, COMPRESO IL SOGGETTO LEGITTIMATO CHE TRASMETTE LA DOMANDA DI CONTRIBUTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEL PRESTATORE DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE FACENTE PARTE DELLO STUDIO ASSOCIATO O DELLA SOCIETÀ DA RILASCIARSI, AI SENSI DELL’ART. 47 DEL DPR N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL’ARTICOLO 3 DEL DPPEG. 221/PRES./2015 E SMI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Il/La sottoscritto/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME E NOME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DI NASCITA | | | | LUOGO DI NASCITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| facente parte della società tra professionisti (STP) costituita ai sensi dell’articolo 10 della legge 12 novembre 2011, n. 183 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(denominazione della STP come da anagrafe tributaria)*  a conoscenza delle norme contenute nel Regolamento di attuazione dell’intervento previsto dall’articolo 11 della legge regionale 22 aprile 2004, n. 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal testo unico del D.P.R. 445/2000, art. 76, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DICHIARA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * di esercitare l’attività professionale di | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * di svolgere esclusivamente l’attività professionale, di non essere lavoratore dipendente a tempo indeterminato, titolare di pensione di vecchiaia o di anzianità erogata dall’I.N.P.S. o da altre casse pubbliche o private, collaboratore di impresa familiare, artigiano, commerciante, coltivatore diretto, titolare di impresa individuale, amministratore di società di persone o di capitali diverse da quella per cui si richiede il contributo. * di essere titolare di forme di assicurazione per la responsabilità civile per danni arrecati nell’esercizio dell’attività professionali   DA COMPILARE SOLO SE SONO STATE INSERITE NEL PIANO DI SPESA SPESE SOSTENUTE NEI DODICI PRECEDENTI LA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (*selezionare la casella*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **DICHIARA**, inoltre,  che per la durata del periodo contributivo che decorre dalla data del primo documento di spesa presentato e fino alla data di presentazione della domanda di contributo, ha mantenuto i requisiti sopra dichiarati. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALITÀ E DATA | | | |  | FIRMA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |