A

**MARCA DA BOLLO**

**EURO 16,00**

Apporre sul documento cartaceo la marca da bollo e annullarla

**(NON RICHIESTO** nel caso l’imposta sia pagata con F23 o **SE ESENTI)**

**Modello A domanda di contributo**

(riferito all’art. 7, comma 1 del DPReg. 120/2012)

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

**(Articolo 35 della legge regionale 9 marzo 1988, n. 10)**

**COMITATO REGIONALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Da trasmettersi tramite PEC all’indirizzo**

**salute@certregione.fvg.it**

 AllaRegione Friuli Venezia Giulia

 Direzione salute, politiche sociali e

 disabilità

 Servizio programmazione e sviluppo

 dei servizi sociali e dell'integrazione e

 assistenza Sociosanitaria

IL/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale appresentante dell’Associazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione del contributo per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ previsto ai sensi dell’art. 35 della L.R. 10/1988, finalizzato al migliore perseguimento delle attività istituzionali dell’associazione.

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti non contenenti dati non più corrispondenti a verità:

**la situazione del comitato regionale al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è la seguente (art. 7, comma 2, lett. a, num. 2,3 DPReg. 120/2012):**

1. numero del personale alle dipendenze dell’associazione/società/comitato/ente o la Sezione:

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo pieno

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo parziale

Per un totale di n. \_\_\_\_\_\_\_\_ dipendenti

**2)** la sede del comitato, indicato nella domanda di contributo è occupato a titolo di (barrare la casella interessata):

□ proprietà

□ locazione

□ uso gratuito e l’immobile è di proprietà di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- In merito alla ritenuta d’acconto del 4% ai sensi dell’art. 28, comma 2, D.P.R. 600/1973 (barrare la casella di pertinenza):**

□ **NON è soggetto** alla ritenuta d’acconto del 4% in quanto:

 □ Ente iscritto all’anagrafe Onlus

 □ Organizzazione di volontariato

 □ Cooperativa sociale

 □ Ente che non svolge neppure occasionalmente attività commerciale o, in ogni caso non produce reddito di impresa

 □ Ente che percepisce il contributo per le attività istituzionali statutariamente previste, a condizione che le attività svolte non assumano natura commerciale

□ **E’ soggetto** alla ritenuta d’acconto del 4% in quanto:

 □ ente che svolge attività commerciale prevalente o esclusiva (es. impresa sociale)

 □ ente che svolge occasionalmente o marginalmente attività commerciale ed il contributo in oggetto è destinato all’esercizio di attività commerciale ex art. 55 D.P.R. 917/1986

**- che l’Iva (barrare solo una casella):**

 □ è totalmente detraibile e quindi non costituisce un costo

 □ è totalmente indetraibile e quindi costituisce un costo

 □ è parzialmente detraibile nella percentuale del \_\_\_\_\_% in quanto vengono svolte sia attività soggette a IVA in regime ordinario sia attività esenti IVA

**- che il comitato regionale risulta:**

 □ esente da bollo ai sensi del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **□** soggetto al bollo ed assolto con contrassegno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le 14 cifre)

**- che nell’anno 2023 ovvero dal 01/01/2023 al 31/12/2023 (barrare solo una casella):**

 □ **NON ha percepito** complessivamente sovvenzioni, sussidi, vantaggi o contributi da enti pubblici pari o superiori a 10.000,00 euro;

 □ **HA percepito** complessivamente sovvenzioni, sussidi, vantaggi o contributi da enti pubblici pari o superiori a 10.000,00 euro e provvederà ad assolvere agli obblighi di pubblicità previsti dall’art. 1, commi 125-129 della L. 124/2017 e ss.mm.ii. entro il termine perentorio del 30/06/2024 fornendone tempestiva comunicazione tramite PEC al seguente indirizzo: salute@certregione.fvg.it.

 □ **HA percepito** complessivamente sovvenzioni, sussidi, vantaggi o contributi da enti pubblici pari o superiori a 10.000,00 euro ed ha provveduto ad assolvere agli obblighi di pubblicità previsti dall’art. 1, commi 125-129 della L. 124/2017 e ss.mm.ii, pubblicando le relative informazioni al seguente link: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Altro:**

**-indicazione della modalità di pagamento del contributo (art. 7, comma 2, lett. f, DPReg. 120/2012):**

|  |
| --- |
| al fine di poter procedere all'incasso dei pagamenti che verranno effettuati da codesta amministrazione regionale, rivolge istanza in via continuativa, affinché il pagamento avvenga mediante una delle seguenti modalità |
| [ ]  | accreditamento sul conto corrente postale n        |
|  | intestato al creditore (\*)        |
| [ ]  | accreditamento sul conto corrente bancario di seguito indicato aperto a suo nome presso l’istituto di credito        |
|  | dipendenza        | intestato a (\*)        |
| **coordinate bancarie del conto da accreditare**  |
| PAESE | CIN EUR | CIN | codice ABI (banca)  | codice CAB 8sportello) | numero conto corrente  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **coordinate IBAN** | coordinate BBAN |

**Il referente per la comunicazione è:**

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ruolo ricoperto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre:**

-di impegnarsi a comunicare ogni modifica relativa ai dati trasmessi con il presente modulo;

-di sottoscrivere la seguente domanda in quanto munito dei poteri di firma di rappresentanza, attraverso delega/mandato/procura rilasciato nelle forme di legge;

**-**di esonerare codesta amministrazione regionale e la tesoreria regionale da ogni responsabilità per errori in cui le medesime possano incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni contenute nella presente istanza, e per effetto di mancata comunicazione, nelle dovute forme, di eventuali variazioni successive;

- di essere informato che il trattamento dei dati personali verrà effettuato in base alla normativa di legge vigente, ai sensi del Dlgs. 196/2013 e ss.mm.ii. ed all’articolo 13 del regolamento (ue) 2016/679, esclusivamente nell’ambito del procedimento contributivo di cui alla presente domanda. L’informativa sulla privacy è disponibile sul sito istituzionale della Regione F.V.G. al seguente link: https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/interventi-socio-sanitari/FOGLIA31/

**A tal fine allega ai sensi dell’art. 7, comma 2, lett. c-d-e, del DPReg. 120/2012:**

a) relazione sulle attività di coordinamento e di supporto delle attività delle associazioni di riferimento;

b) bilancio preventivo con specifica evidenza delle previsioni di contribuzione diverse da quella richiesta ai sensi del DPReg. 120/2012;

c) relazione sull’attività svolta dall’associazione nell’esercizio precedente.

**Altri eventuali allegati:**

-Modello F23 relativo al versamento dell’imposta di bollo (se dovuta e se scelta come modalità di pagamento)

Luogo e data

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del legale rappresentante o firma digitale)

**La presente domanda deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità ai sensi dell’art. 38 D.P.R. n. 445/2000 o sottoscritta digitalmente**