**ALLEGATO B**

Da trasmettersi tramite PEC all’indirizzo

salute@certregione.fvg.it

 AllaRegione Friuli Venezia Giulia

 Direzione salute, politiche sociali e

 disabilità

 Unità operativa specialistica (UOS)

 di bilancio e coordinamento strategico

 Servizio programmazione e sviluppo

 dei servizi sociali e dell'integrazione e

 assistenza sociosanitaria

|  |
| --- |
| **OGGETTO:** Istanza per la concessione di contributo di cui alla Legge regionale 9 marzo 1988, n. 10, art. 35 |

|  |
| --- |
| **Il Richiedente:** |
| Nome e Cognome |  |
| Codice fiscale |  |
| Data di nascita  |  |
| Sesso  | [ ]  M [ ]  F |
| Comune o Stato estero di nascita |  |
| Provincia di nascita |  |
| Indirizzo  |  |  |  |  |  |
| *(Via)* |  *(n.)* |  *(CAP)* | *(Comune di)* | *(Provincia di)* |
| Telefono |  |
| Indirizzo e-mail |  |
| PEC |  |

**In qualità di Legale rappresentante di:** [ ]  Associazione [ ]  Comitato regionale

|  |
| --- |
| **Anagrafica dell’Associazione/Comitato regionale** |
| Denominazione |  |
|  *(indicare la denominazione per esteso come riportata nello Statuto del soggetto beneficiario) e l’eventuale acronimo)* |
| Forma giuridica |  |
| Codice Fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo sede legale |  |  |  |  |  |
| *(Via)* |  *(n.)* |  *(CAP)* | *(Comune di)* | *(Provincia di)* |
| Telefono |  |
| Indirizzo e-mail |  |
| PEC |  |

|  |
| --- |
| **Referente per la pratica** (Persona da poter contattare per le vie brevi, per informazioni e chiarimenti in merito alla domanda di contributo) |
| Nome e Cognome |  |
| Telefono/cellulare |  |
| e-mail |  |

**CHIEDE**

**SOLO PER LE ASSOCIAZIONI:**

|  |
| --- |
| Importo del contributo:  **Fino a 100 soci** (fino a un massimo di euro 10.000,00): euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Da 101 a 500 soci** (fino a un massimo di euro 15.000,00): euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Da 501 a 1000 soci** (fino a un massimo di euro 20.000,00): euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Oltre 1000 soci** (fino a un massimo di euro 25.000,00): euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DICHIARA**

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. n. 38, 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, del DPR 445/2000 cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decorrenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

**Adempimenti fiscali:**

|  |
| --- |
| **- 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), l’associazione/comitato:**□ **NON** è soggetto alla ritenuta d’acconto del 4%;□ **E’** soggetto alla ritenuta d’acconto del 4%;**- risulta:**□ **esente** da bollo ai sensi del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□ soggetto** al bollo ed assolto con contrassegno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le 14 cifre)**-l’associazione/comitato regionale è:**□ soggetto agli obblighi di pubblicità previsti dall’art. 1, commi 125-129 della L. 124/2017 e ss.mm.ii, ed ha provveduto a pubblicare l’elenco dei contributi pubblici ricevuti al seguente link:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;□ non soggetto   |

**Modalità di pagamento:**

Al fine di poter procedere all’incasso degli eventuali pagamenti che verranno effettuati da codesta Amministrazione regionale, rivolge istanza affinché il pagamento avvenga mediante una delle seguenti modalità: conto corrente bancario/Conto corrente postale:

|  |
| --- |
| Il c/c bancario o postale deve essere intestato al soggetto richiedente |
| Azienda di credito: \_\_\_\_\_\_\_ |  Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PAESE | Codici contr. | CIN | CODICE ABI (banca) | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| coordinate IBAN | coordinate BBAN |
| Ufficio postale di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PAESE | Codici contr. | CIN | CODICE ABI (banca) | CODICE CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| coordinate IBAN | coordinate IBAN |

|  |
| --- |
| **contributi pubblici e privati eventualmente ottenuti per la stessa attività:** □ **SI:**Ente Importo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_totale complessivo: euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ **NO** |

|  |
| --- |
| **SOLO PER LE ASSOCIAZIONI:**numero dei soci ordinari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ed esonera codesta Amministrazione regionale, nonché Tesoreria regionale, da ogni responsabilità per errori in cui le medesime possano incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni contenute nella presente comunicazione e per effetto di mancata comunicazione delle variazioni che dovessero intervenire successivamente.

**ALLEGA**

**SOLO PER LE ASSOCIAZIONI:**

|  |
| --- |
| - Relazione sulle attività dell’associazione di cui all’art. 5, comma 5, lett. a), punto 1 del Regolamento  |

**SOLO PER I COMITATI REGIONALI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| -Relazione sulle funzioni di coordinamento e di supporto delle attività delle associazioni di riferimento di cui all’art. 5, comma 5, lett. b), punto 1 del Regolamento-quantificazione della spesa prevista per le funzioni di coordinamento e di supporto delle attività delle associazioni di riferimento:

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione della spesa | Importo in euro  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Totale delle spese preventivate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Gli importi inseriti possono comprendere l’IVA solo se la stessa rappresenta un costo per il soggetto proponente e non può in alcun modo essere recuperata).* |

**IL DICHIARANTE**

 **­­­­­­­­­­** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Firmato digitalmente dal legale rappresentante*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*luogo e data*

**Qualora non sottoscritta digitalmente 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.**