



Alla
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale attività produttive e turismo



Domanda di contributo
Legge regionale 1/2021, art. 2 – DGR 606/2021
Ulteriori contributi a favore degli operatori economici
danneggiati da COVID-19

Richiedente [MIRAVALLE S.R.L.](#)

La domanda di contributo è sottoscritta ai sensi dell'articolo 65, comma 1, lett. b) del Codice dell'Amministrazione digitale (D.Lgs. n. 82/2005) da:

Cognome Nome [CARLO MANTOVANI](#)

Codice fiscale [MNTCRL44K23K123X](#)

In qualità di [delegato](#) del Richiedente

Data di trasmissione [4/5/2021](#)

Richiedente

(*) = compilazione automatica da Registro imprese

Iscritto al Registro Imprese FVG [in alternativa: Non iscritto al Registro Imprese FVG Lavoratore autonomo]
 Codice fiscale 01342370303
 Partita IVA 01342370303
 Denominazione (*) MIRAVALLE S.R.L.
 Forma giuridica SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA
 Data iscrizione Registro imprese 1/10/2009
 Dimensione piccola
 Note -----

Sede legale

Comune (Prov) (*) TARVISIO (UD)
 CAP (*) 33018
 Località (*) -----
 Indirizzo e civico (*) via romana 42
 Insegna (*) ALBERGO MIRAVALLE
 ATECO prevalente(*) 55.10.00 - Alberghi
 ATECO primario (*) 55.10.00 - Alberghi
 Telefono 0428 305566
 E-mail info.miravalle@gmail.com
 PEC impresa per comunicazioni relative al contributo albergomiravalle@pec.it

Unità locale in regione dove viene svolta l'attività (se diversa dalla sede legale)

Comune (Prov) -----
 CAP (*) -----
 Località (*) -----
 Indirizzo e civico (*) -----
 Insegna (*) -----
 ATECO prevalente(*) -----
 ATECO primario (*) -----
 Telefono -----
 E-mail -----

Attività esercitata e contributo corrispondente

ATECO prevalente/primario 55.10.00 - Alberghi fascia fino 30 posti letto contributo corrispondente 4.500,00

Dati del legale rappresentante [DA COMPILARE SE LA DOMANDA VIENE PRESENTATA DA UN DELEGATO]

Cognome e nome ROSSI MARIO
 Data di nascita 01/01/1980
 Codice fiscale RSSMRA80A01L424F
 Comune (Prov)/Stato estero di nascita TRIESTE

Coordinate bancarie

Codice IBAN

I	T	9	5	J	0	8	8	0	5	6	4	8	6	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PAESE CIN EU CIN IT ABI CAB N. CONTO CORRENTE
 Istituto CREDITO COOPERATIVO MONTANO
 Agenzia TARVISIO SUD
 Intestato a ALBERGO MIRAVALLE SRL

Si esonera l'Amministrazione regionale nonché gli enti di cui questa si avvarrà per l'erogazione dei contributi e la Tesoreria regionale da ogni responsabilità per errori in cui le medesime possano incorrere in conseguenza di inesatte indicazioni rese in questa sede e per effetto di mancata comunicazione delle variazioni che dovessero intervenire successivamente.

Referente dell'impresa [eventuale]

Cognome e nome ROSSI PAOLO

Ruolo DIRETTORE

Telefono 0428 305566 Cellulare 335 3034455 E-mail p.rossi@gmail.com

Consulente esterno [eventuale]

Cognome e nome MANTOVANI CARLO

Denominazione studio -----

Telefono ----- Cellulare 33566881122 E-mail cm@mail.it PEC -----

Allegati [DA ALLEGARE SE LA DOMANDA VIENE PRESENTATA DA UN DELEGATO]

- Procura a soggetto terzo per la presentazione della domanda ed elenco dichiarazioni sostitutive
- Documento di identità se la procura è sottoscritta con firma autografa (non serve se sottoscritta con firma digitale qualificata)

FAC-SIMILE DOMANDA COMPIUTA