Allegato B)

Modello di domanda

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO
(da non utilizzare)

Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Via Cassa di Risparmio, 10
34100 TRIESTE
PEC: salute@certregione.fvg.it

OGGETTO: ***Domanda per la concessione di contributi a favore dei Comuni per la realizzazione di orti collettivi sociali per persone con disabilità di cui all'art. 8 commi 28,29 e 30 della legge regionale 5 agosto 2022, n.13.***

Il/La sottoscritto/a_____

in qualità di_____

del Comune di_____

via/piazza _____n. _____ tel. _____

PEC _____mail _____

Referente per l'iniziativa/Persona di contatto_____tel_____

Mail_____

C H I E D E

La concessione del contributo a favore dei Comuni per la realizzazione di spazi destinati a persone con disabilità dove praticare un'agricoltura non professionale, al fine di promuovere e sostenere l'istituzione di orti collettivi sociali, di cui all'articolo 8, commi 28, 29 e 30 della legge regionale 5 agosto 2022, n. 13 (*Assestamento del bilancio per gli anni 2022-2024, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26*), per un importo di euro _____

a tal fine dichiara

consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte con la presente domanda, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e, in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

1. di accettare espressamente le prescrizioni contenute nel regolamento attuativo;
2. che l'IVA:

   ☐☐ rappresenta un effettivo costo per il Comune

   oppure

   ☐ NON rappresenta un effettivo costo per il Comune;

3. che, in caso di assegnazione del contributo, gli estremi identificativi del conto corrente dedicato sono i seguenti:

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 BBAN			

ALLEGA

☐☐ Relazione descrittiva di cui all'art. 3, co. 2 del bando

☐☐ Fotocopia non autenticata del proprio documento di identità in corso di validità del legale rappresentante, qualora non sottoscritto digitalmente.

____

(luogo e data)

____

firma del legale rappresentante