**Allegato 5**

**OGGETTO: SELEZIONE PUBBLICA PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTO UNA TANTUM A FONDO PERDUTO A SOSTEGNO DI OPERATORI DEL TESSUTO ECONOMICO LOCALE A FRONTE DEL DISAGIO CONNESSO ALLA CONTRAZIONE DELL’ATTIVITA’ A SEGUITO DELL’EMERGENZA COVID – 19**

|  |
| --- |
| **ATTESTAZIONE DEI REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ A FIRMA DI PROFESSIONISTA ABILITATO** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. (\_\_\_\_\_\_) alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con studio professionale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_

iscritto/a all’Albo professionale/Ruoli dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o in alternativa

Il Centro/Associazione/Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/registrato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella persona dell’amministratore/legale rappresentante pro tempore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_)

alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in seguito all’incarico conferitogli da (specificare ragione sociale impresa/nominativo lavoratore autonomo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e in relazione all’Avviso pubblico in oggetto;

**ATTESTA**

Che l’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rientra nella tipologia di soggetti beneficiari del suddetto Avviso in quanto:

* soggetto titolare di P.IVA per il quale è stata disposta la sospensione obbligatoria e totale dell’attività come da DPCM 11.03.2020 e DPCM 22.03.2020
* soggetto titolare di partita IVA che può dimostrare un ammontare del fatturato e/o dei corrispettivi del mese di aprile **2021** (barrare la casella pertinente):

☐ riduzione fino al 40% dell’ammontare del fatturato e/o dei corrispettivi **2021** rispetto al mese di aprile 2019

☐ riduzione dal 41% al 60% dell’ammontare del fatturato e/o dei corrispettivi **2021** del mese di aprile 2019

☐ riduzione dal 61% al 80% dell’ammontare del fatturato e/o dei corrispettivi **2021** del mese di aprile 2019

ed esattamente del \_\_\_\_\_\_\_\_% (in lettere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_percento);

NB

LE PERCENTUALI SONO RIFERITE AL CALO DELL’AMMONTARE DEL MESE **DI APRILE 2021** RISPETTO AL MESE DI **APRILE 2019**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

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