**MODULO n. 4**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 - D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

**CONTRIBUTO PER LA MESSA IN SICUREZZA IN TERMINI DI PULIZIA, SANIFICAZIONE E PROTEZIONE PERSONALE**

**(fino a massimo di € 500,00)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale rappresentante dell'impresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria personale responsabilità e avvalendosi delle disposizioni di cui all’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità anche penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni false o mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del suddetto D.P.R. n.445/2000

Ai fini dell’erogazione dei contributi di cui all’Avviso pubblico per adattamento posti di lavoro a favore di persone con disabilità - Fondo Regionale Disabili –, approvato con determinazioni n. 718 del 15/05/2020 e prorogato con determinazioni n. 1815 del 29/12/2020 e n. 1513 del 22/12/2021 dell’Agenzia regionale per il lavoro Emilia-Romagna

**DICHIARA**

1. che i seguenti preventivi di spesa e/o i giustificativi di spesa per la messa in sicurezza in termini di pulizia, sanificazione e protezione personale allegati alla domanda di contributo per la fornitura di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fornitore | Documento n.  | Descrizione fornitura | Imponibile |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Totale imponibile  |  |

sono destinati a n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_dipendenti presenti nell’unità locale del lavoratore disabile

(indicare il numero dei dipendenti totali destinatari dei prodotti)

1. che il costo individuale sostenuto per l’acquisto di prodotti di sanificazione e protezione personale per ciascun dipendente ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imponibile totale/numero dei dipendenti totale)

1. che il numero dei lavoratori disabili oggetto del beneficio è n. \_\_\_\_\_\_
2. che il contributo richiesto per gli interventi sopradescritti, riferito al/ai solo/i lavoratore/i disabile/i oggetto del beneficio ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(costo individuale X n. lavoratori disabili)

1. che le spese descritte sono effettivamente sostenute per la realizzazione dell’intervento oggetto del contributo richiesto;
2. che per all’acquisto delle sopra descritte spese di sanificazione e protezione personale, di cui alla presente domanda di contributo, volte al contrasto dell’epidemia da Covid-19, l’impresa
* non ha fruito
* ha fruito dei seguenti crediti d’imposta/benefici (da detrarre dall’importo di contributo richiesto di cui al punto n. 4)

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

 (indicare i riferimenti normativi e gli importi dei benefici fruiti)

1. di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte degli organi competenti sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, e si impegna quindi a rendere disponibili i documenti a tal fine necessari;
2. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

Firma Legale rappresentante