



Comune di VALLEFIORITA

(Provincia di CATANZARO)

Via Corso Europa, 2 – CAP 88050 – VALLEFIORITA(CZ) – P.IVA 00196790794 - Tel. 0961/919821-
PEC: protocollo.vallefiorita@asmepec.it

MODULO RENDICONTAZIONE

(da presentarsi al completamento di ciascuna delle fasi di erogazione e da ripresentare integralmente compilato a completamento del progetto)

...!... sottoscritt... _____

nat... a _____ Prov. _____ Stato. _____ il ___-___-_____

residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____ n. _____

codice fiscale _____

In qualità di legale rappresentante/delegato dell'impresa:

avente sede operativa a:

_____ Prov. _____

via/piazza _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

fax _____ e-mail _____@_____ pec _____@_____

codice fiscale _____

Partita iva _____

Beneficiario di un contributo per:

**AVVIO NUOVE ATTIVITA' IMPRENDITORIALI NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI VALLEFIORITA
FONDO TRIENNALE AREE MARGINALI DPCM 30 SETTEMBRE 2021**

FORMULA IL RIEPILOGO DELLE SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE (opportunamente documentate **tramite bonifico bancario e copia delle fatture**) nel periodo dal.....al.....e relative all'attività d'impresa secondo le possibilità d'impegno previste nel bando specifico del Comune di **Vallefiorita**

Oggetto	Importo (comprensivo di ogni onere)	Data pagamento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

allegato D - Modulo rendicontazione

13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		

Inoltre, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR, e dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere; sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che in riferimento alle spese sostenute di non avere, alla data di presentazione della domanda, beneficiato di altri aiuti di Stato/Enti pubblici;

ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE SI ALLEGA COPIA DI CIASCUNA FATTURA IN ELENCO E DEL PAGAMENTO CORRISPONDENTE EFFETTUATO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

Luogo e data

**Firma Titolare/Legale Rappresentante o
delegato**

_____ (allegare fotocopia del documento d'identità in corso di validità)