(carta intestata dell’Azienda)

Modello 1

Alla Regione Puglia - Sezione Protezione Civile

Via delle Magnolie, 6/8 ZI Modugno (Ba)

[volontariato.protezionecivile@pec.rupar.puglia.it](mailto:volontariato.protezionecivile@pec.rupar.puglia.it)

# OGGETTO: EVENTO/ EMERGENZA DEL

(autorizzazione applicazione benefici prot.n. del rilasciato da )

# Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà – art. 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000

Il sottoscritto , nella sua qualità di rappresentante legale della

Ditta con sede

legale in …………………………….…………….., Via/Piazza……………………….………………………………

Comune………………………………….Provincia………………...telefono(no call center)…….……....................

codice fiscale della DITTA……..………………………………………………………………....................................

E-mail…………………………………….……………………PEC……………….…..…………………..……………..

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

ai sensi dell’art. 39 del Dlgs 1/2018, che gli vengano reintegrate le spese sostenute come appresso indicato, in esito all’impiego dei propri dipendenti:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **DATA DI NASCITA** | **LUOGO DI NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **MATR. AZIENDALE** | **ASSOCIAZIONE DI APPARTENEZA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Chiede altresì che il rimborso richiesto, pari a complessivi Euro ………..……..……………………, come risultante dai prospetti individuali dei costi allegati, avvenga a mezzo di **(scegliere una sola opzione):**

Accredito sul c/c postale

**1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Accredito sul c/c bancario presso la Banca ,

**2**

Agenzia / Filiale n. ………………………. di …………………….………………………….. ( ),

Via/Piazza …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

modalità credito d’imposta (ai sensi dell’art.38 del D.L.189 del 17/10/2016, convertito con modificazioni dalla L. 229 del 15/12/2016)

**3**

Allego la presente documentazione obbligatoria ai fini del rimborso, pena decadenza dell’istanza:

1. fotocopia dei un documento di identità del legale rappresentante dell’Azienda e firmatario della richiesta
2. attestato di partecipazione del dipendente impiegato come volontario

*Dichiara infine di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lg. 196/2003 che i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

……………………………………………….

Data (timbro e firma leggibile del legale rappresentante)

NOMINATIVO A CUI RIVOLGERSI PER EVENTUALI CHIARIMENTI:

Cognome e nome : ………………………………………telefono :……………………….. E-mail: …………………………….