

Allegato 2

Spett.le

SUAP DEL COMUNE DI POGLIANO M.SE

Piazza Volontari Avis Aido n.6

20010 POGLIANO M.SE (MI)

pec: comune.poglianomilanese@cert.legalmail.it

OGGETTO: RICHIESTA DI CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO A SOSTEGNO DI OPERATORI ECONOMICI A FRONTE DEL DISAGIO CONNESSO ALLA CONTRAZIONE DELL'ATTIVITA' A SEGUITO DELL'EMERGENZA COVID-19.

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

C.F. :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente nel Comune di _____ Via / p.zza _____ n° _____

(da compilarsi in caso di impresa iscritta in Camera di Commercio) in qualità di:

Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ dell'Impresa/Società:

Denominazione ragione sociale: _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita IVA (se diversa da C.F.) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via / P.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

e sede operativa nel Comune di Pogliano Milanese, in Via / P.zza _____ n° _____

Iscritta alla Camera di Commercio di _____ N. REA. _____

per lo svolgimento della/e seguente/i attività _____

Codice Ateco di riferimento _____

E- mail _____ Telefono/cell. : _____

Casella PEC: _____ .

OPPURE

(da compilarsi in caso di lavoratori autonomi in regime di partita IVA) in qualità di:

☐

☐ Lavoratore autonomo Titolare dell'attività di:

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

Via / P.zza _____ n° _____ C.A.P. _____

e sede operativa nel Comune di Pogliano Milanese, in Via / P.zza _____ n° _____

E- mail _____ Telefono/cell. : _____

Casella PEC: _____ .

CHIEDE

L'erogazione del contributo a fondo perduto a seguito della sospensione della propria attività intercorsa durante tutto il periodo di vigenza dell'ordinanza del Ministro della Salute del 04.11.2020.

A tal fine e sotto la propria personale responsabilità, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.76 D.P.R. 445/00.

DICHIARA

di avere una sede operativa ATTIVA nel Comune di Pogliano Milanese sita in:

1) ☐ Via / P.zza _____ n° _____ ;

altresi

DICHIARA

2) ☐ di essere titolare di microimpresa, conformemente a quanto previsto dall'Allegato 1 –Articolo 1, comma 3, del REGOLAMENTO (UE) N. 651/2014, o lavoratore autonomo;

3) ☐ di avere un numero di dipendenti non superiore a 10 unità;

(nota bene: le voci seguenti 4-5-6 solo alternative – se si mette la croce su una casella non si deve poi mettere la croce sulle altre caselle)

4) ☐ di svolgere attività di microimpresa nel commercio al minuto in sede fissa di vicinato (cioè con superficie di vendita pari o inferiore a 150 mq.);

OVVERO

5) ☐ di svolgere attività nell' esercizio di somministrazione di alimenti e bevande (ad esclusione delle mense e del catering), nelle attività artigianali anche per il consumo immediato;

OVVERO

6) ☐ di svolgere attività al servizio delle persone _____ (*) ancorché svolte in forma di lavoratore autonomo;

(nota bene: le voci seguenti 7-8 solo alternative – se si mette la croce su una casella non si deve poi mettere la croce sulle altre caselle)

7) ☐ di essere regolarmente iscritta al registro delle imprese;

OVVERO

8) ☐ di essere titolare di partita IVA;

7) ☐ di essere regolarmente iscritta al registro delle imprese;

OVVERO

8) ☐ di essere titolare di partita IVA;

7) ☐ di essere regolarmente iscritta al registro delle imprese;

OVVERO

8) ☐ di essere titolare di partita IVA;

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Intestatario del Conto:

Di essere informato, ai sensi 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.

Di allegare alla presenta copia del documento di identità.

Luogo e data: _____

Di allegare alla presenta copia del documento di identità.

Luogo e data: _____

Luogo e data: _____

FIRMA:

COMPILARE L'ALLEGATO A, nelle pagine seguenti, secondo la fattispecie dichiarata.

ALLEGATO A

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

[illegible][illegible]

Residente nel Comune di _____ Via / P.zza _____ n° _____

sotto la propria personale responsabilità, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.76 D.P.R. 445/00.

DICHIARA

che la propria attività:

che la propria attività:

a) ☐ presso il comune di Pogliano milanese è iniziata in data _____;

b) ☐ è regolarmente iscritta al registro delle imprese;

(nota bene: le voci seguenti c-d solo alternative – se si mette la croce su una casella non si deve poi mettere la croce sulle altre caselle)

c) ☐ è autorizzata con provvedimento in data _____ ;

OVVERO

d) ☐ è segnalata con SCIA produttiva presentata presso il SUAP del Comune di Pogliano Milanese in data _____ e che la procedura di inizio attività non è pendente per qualsivoglia motivazione presso gli uffici comunali;

e) ☐ non è stata oggetto di comunicazioni di avvio del procedimento per abusi edilizi o per irregolarità igienico sanitarie il cui esito sia in corso non definito;

f) ☐ non è oggetto di contenziosi di qualsiasi genere in essere né con il Comune di Pogliano Milanese né con le società di riscossione tributaria Gesem e ditta Sanmarco alla data di richiesta del contributo;

g) ☐ è in regola con il versamento dei tributi locali e del Canone Tosap dovuti nel Comune di Pogliano Milanese fino a tutto il 31 dicembre 2018 alla data di richiesta del contributo;

h) ☐ non si trova in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria, liquidazione coatta amministrativa o volontaria;

i) ☐ è in regola con la normativa antimafia, in particolare attestare la insussistenza di cause di divieto, sospensione o decadenza previste dall'art.67 del D.Lgs.6/9/2011 n.159 (Codice antimafia);

l) ☐ è in possesso alla data di assegnazione del contributo comunale dei requisiti morali previsti per l'esercizio dell'attività e di non essere stato condannato con sentenza passata in giudicato, o non essere stato destinatario di decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale del legale rappresentante;

m) ☐ è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei propri dipendenti e ai fini dei relativi controlli istruttori d'ufficio, comunica i seguenti estremi della propria iscrizione all'INPS e INAIL, ovvero i motivi della non iscrizione:

Posizione INPS: _____, ovvero motivazioni non iscrizione:

Posizione INAIL: _____, ovvero motivazioni non iscrizione:

n) ☐ non si trova in una delle condizioni di "difficoltà" previste dalla Comunicazione della Commissione Europea (Regolamento 651/2014 del 17.06.2014, Regolamento 702/2014 del 25.06.2014 e regolamento 1388/2014 del 16.12.2014);

DICHIARA

o) ☐ Di aver sospeso la propria attività dalla data del __/__/____ sino alla data del __/__/____.

p) ☐ Di aver subito una riduzione del proprio fatturato nelle mensilità degli ultimi tre mesi precedenti alla mensilità di Novembre 2020 rispetto all'identico periodo del 2019.

inoltre si

IMPEGNA

a consentire l'accesso alla documentazione comprovante le spese sostenute su semplice richiesta da parte dell'ufficio SUAP del Comune di Pogliano Milanese per la verifica a campione della veridicità delle dichiarazioni prodotte.

DICHIARA

di essere consapevole:

- q) ☐ che il Comune di Pogliano Milanese procederà alla revoca delle sovvenzioni concesse nel caso di accertata insussistenza dei requisiti dichiarati ovvero a seguito dell'indisponibilità da parte del richiedente a fornire, in tutto o in parte, la documentazione attestante quanto dichiarato nell'istanza;
- r) ☐ la revoca avviene con effetto immediato e che verrà avviata a carico del richiedente il recupero coattivo dei benefici concessi e delle spese consequenziali, compresi gli oneri di riscossione;

DICHIARA

s) ☐ di essere consapevole che saranno escluse tutte le domande che risulteranno incomplete di tutte le dichiarazioni trascritte nel presente modulo e che non saranno ammesse integrazioni e modifiche di nessun tipo successivamente all'avvenuta protocollazione dello stesso. La mancata dichiarazione di anche solo una voce del modulo è causa di esclusione e pertanto di ammissione al contributo.

Luogo e data: _____

FIRMA:

ALLEGARE FOTOCOPIA VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE.