**AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI UN CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO UNA TANTUM**

**PER SOSTENERE LE ATTIVITÀ ECONOMICHE NELLE AREE INTERNE**

**ATTESTAZIONE DEI REQUISITI DI AMMISSIBILITA’**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov (\_\_), alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con studio professionale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_, Iscritto/a all’Albo professionale/Ruoli dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in seguito all’incarico conferitogli da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, e in relazione all’Avviso pubblico per contributi a fondo perduto per spese di gestione, in attuazione del DPCM 24/09/2020 relativo ai commi 65-ter, 65-quater e 65-quinques dell’art.1 della legge 27 Dicembre 2017 n. 205, cosi come modificati dal comma 313 dell’art. 1 della legge 27 dicembre 2019 n. 160 e dall’art. 243 del decreto - legge n. 34 del 19 maggio 2020.

ATTESTA CHE

* L’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rientra nella tipologia dei soggetti beneficiari di cui all’art. 3 del suddetto Avviso
* L’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiede i contributi per le finalità previste tra gli ambiti di intervento di cui all’art. 5 del suddetto Avviso;
* L’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha registrato un calo di fatturato nell’anno 2020, rispetto al precedente anno 2019, pari al \_\_\_\_\_\_ %
* L’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha sostenuto dal periodo che va dal 01/03/2020 al 31/12/2020 spese di gestione pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

Il Professionista contabile abilitato

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

N.B Allegare alla presente il Documento d’Identità del Professionista che a sottoscritto la certificazione