

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

MOD. 1

MARCA DA BOLLO (O INDICAZIONE DEGLI ESTREMI DELLA NORMATIVA CHE DÀ DIRITTO ALL'ESENZIONE)

Spettabile
Assessorato regionale del Lavoro, Formazione
Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale -
Servizio Politiche Sociali, Cooperazione e
Sicurezza Sociale
Via XXVIII febbraio 5
09131 - Cagliari

Oggetto: Domanda di concessione dei contributi previsti dalle Leggi regionali 23 febbraio 1968 n. 14 e 23.12.1993 n. 54 art. 9 e loro rispettive modificazioni e integrazioni: "Contributi in favore delle Sezioni provinciali dell'Unione Italiana Ciechi e altri Enti della stessa categoria operanti in Sardegna aventi identica natura giuridica"

Il sottoscritto nato a, il e
residente, in qualità di legale rappresentante dell'Ente
..... avente sede in,
codice fiscale n., telefono n. _____

CHIEDE

il contributo previsto dalla normativa in oggetto, per la copertura delle spese relative allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Ente _____ per l'anno riguardanti la gestione e le attività descritte nell'allegata documentazione. A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per dichiarazioni mendaci dal codice penale e dalle leggi speciali, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- che l'Ente/Associazione

- è iscritta nel Registro delle Persone Giuridiche al n. _____ presso

- ha sede in Sardegna;

- possiede autonomia amministrativa e finanziaria regionale;

- opera senza fini di lucro, con spirito di solidarietà sociale, in favore dei ciechi e degli ipovedenti dei quali, per proprio statuto, ne rappresenta e tutela gli interessi morali e materiali;

- non svolge in via principale attività commerciale;

- che l'attività per la quale viene richiesta l'erogazione del contributo non da origine a reddito d'impresa come definito a termini dell'articolo 55 del D.P.R. n. 917 del 22 dicembre 1986;

- di essere a conoscenza dell'obbligo di accettare, in ogni momento, sopralluoghi e controlli, riferiti all'attività ammessa a contributo, da parte di funzionari della Regione Autonoma della Sardegna;

- di (barrare le caselle che interessano)

aver già presentato copia conforme dello Statuto aggiornato dell'Ente in data _____

presentare in allegato alla presente copia conforme dello Statuto aggiornato dell'Ente

- che gli estremi bancari per l'accredito del contributo sono i seguenti:

Codice IBAN _____

intestato a _____ (il conto deve essere intestato al beneficiario del contributo)

- che Al 31/12/____ I Ciechi e Ipovedenti associati e in regola con il pagamento della quota associativa sono n. _____

- che gli amministratori in carica sono:

cognome e nome	Luogo e data di nascita	indirizzo	Ruolo ricoperto (es. Presidente, segretario, tesoriere, ecc)

Che il Collegio dei Sindaci/Revisori (se esistenti) è così composto:

cognome e nome	Luogo e data di nascita	indirizzo	Ruolo ricoperto (es. Presidente, segretario, tesoriere, ecc)

- che l'elenco delle sedi operative articolate sul territorio regionale e previste nello Statuto sono in numero di ____, sono adibite esclusivamente a fini statutari e per ciascuna di esse si dichiara che l'indirizzo, l'area territoriale di riferimento, il numero di soci che vi risiedono, l'orario di apertura al pubblico, la persona responsabile della stessa, sono quelli sotto indicati¹:

1. Sede di _____ Indirizzo _____ tel. _____
Area territoriale provinciale di riferimento _____ n. di soci residenti _____

¹ La sede provinciale che presenta la domanda autonomamente dovrà riportare solo i dati che la riguardano.

Responsabile della sede _____

Orario di apertura al Pubblico:

	Mattina:	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

2. Sede di _____ Indirizzo _____ tel. _____

Area territoriale provinciale di riferimento _____ n. di soci residenti _____

Responsabile della sede _____

Orario di apertura al Pubblico:

	Mattina:	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

3. Sede di _____ Indirizzo _____ tel. _____

Area territoriale provinciale di riferimento _____ n. di soci residenti _____

Responsabile della sede _____

Orario di apertura al Pubblico:

	Mattina:	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

4. Sede di _____ Indirizzo _____ tel. _____

Area territoriale provinciale di riferimento _____ n. di soci residenti _____

Responsabile della sede _____

Orario di apertura al Pubblico:

	Mattina:	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

- che l'Ente si avvale dell'operato di:

nome e cognome	tipo di rapporto (lav. dipendente/collaborazione/v olontariato/lavoro autonomo)	mansione	Sede

--	--	--	--

e, a tal fine:

applica il CCNL _____ per n. _____ addetti ed è iscritto presso

INPS, ufficio competente di _____ n. matricola _____

INAIL ufficio competente di _____ codice ditta _____

P.A.T. _____

ha in corso n. _____ contratti di collaborazione per i quali è tenuto a versare i contributi alla Gestione Separata INPS, sede di _____ c.a.p. _____ con numero di codice fiscale _____

per i propri collaboratori non è tenuto al versamento di oneri previdenziali in quanto (*specificare le ragioni e gli estremi della normativa di riferimento*): _____

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- Allega alla presente, oltre alla fotocopia del proprio documento di riconoscimento:

a) Programma illustrativo e dettagliato sulle attività che l'Ente intende svolgere nell'anno cui si riferisce il contributo richiesto,;

b) Piano finanziario, redatto a pareggio, con le indicazioni delle voci delle entrate e delle voci delle singole categorie delle spese ed articolato in coerenza contabile con il programma da svolgere;

c) Sintetica relazione illustrativa-contabile sull'attività svolta nell'anno precedente, opportunamente integrata dall'elenco riepilogativo delle spese sostenute e pagate e delle entrate accertate e riscosse;

d) (per gli Enti che presentano la domanda per la prima volta o in caso di variazioni) atto costitutivo e statuto, che attestino il possesso dei prescritti requisiti soggettivi;

e) (per gli Enti che presentano la domanda per la prima volta o in caso di rinnovo degli stessi) composizione degli Organi statutari con i relativi verbali di nomina;

f) (eventuale) Statuto dell'Ente aggiornato

g) copia conforme all'originale del titolo di detenzione di ciascuna sede (proprietà o contratto di affitto registrato) con relativa visura catastale aggiornata

h) Altro (specificare)

i) Elenco di tutta la documentazione presentata, sottoscritto dal legale rappresentante dell'Ente.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(DATA)

.....

*** LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE NON NECESSITA DI AUTENTICA PURCHÉ APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOMANDA OPPURE TRASMESSA UNITAMENTE A FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.**

Spettabile
Assessorato regionale del Lavoro, Formazione
Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale -
Servizio Politiche Sociali, Cooperazione e Sicurezza Sociale
Via XXVIII febbraio 5
09131 - Cagliari

Oggetto: Leggi regionali 23 febbraio 1968 n. 14 e 23.12.1993 n. 54 art. 9 e loro rispettive modificazioni e integrazioni:
"Contributi in favore delle Sezioni provinciali dell'Unione Italiana Ciechi e altri Enti della stessa categoria operanti in
Sardegna aventi identica natura giuridica" – Presentazione del rendiconto

Il sottoscritto nato a provincia
..... in data

Residente in Via n.
c.a.p..... ComuneProvincia codice fiscale
personale nella sua qualità di (1)

dell'Ente.....,

presenta il rendiconto generale delle spese sostenute per il funzionamento e per la realizzazione delle attività
programmate per l'anno ____ ammesse a contributo ai sensi delle leggi regionali 23 febbraio 1968 n. 14 e
23.12.1993 n. 54 art. 9 e successive modificazioni e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000
e consapevole delle conseguenze, anche penali, previste agli artt. 75 e 76 del decreto medesimo per chi attesta il
falso, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE

- le fatture e documenti equipollenti allegati, riguardanti spese sostenute da:
.....esclusivamente per il
funzionamento e per la realizzazione delle attività programmate per l'anno ____ risultano regolarmente pagati
nell'ammontare, nelle date e secondo le modalità di indicate nell'elenco che segue.- i documenti di spesa allegati e
presenti in copia e di seguito elencati, sono conformi agli originali e sono timbrati con il timbro "per copia conforme";
- sugli originali delle fatture e documenti equipollenti è stata posta la dicitura: "Leggi regionali 23 febbraio 1968 n. 14 e
23.12.1993 n. 54 art. 9 c.2: documento di spesa contabilizzato sul rendiconto relativo all'anno ____";
- sulle suddette spese (compilare la parte che interessa):
o non sono stati concessi altri benefici pubblici
o sono stati concessi altri benefici pubblici pari a €
- la documentazione contabile in originale sarà conservata per almeno cinque anni presso l'Ente beneficiario e tenuta
a disposizione per eventuali controlli da parte dei funzionari della Regione Sardegna per il corretto ed efficace
svolgimento dell'attività di controllo, di valutazione e di monitoraggio;

Tipo di spesa (2)	Numero fattura	Data emissione	Beni o servizi acquistati	Ragione sociale del fornitore	Importo (€)	Data/e pagamento/i (3)	Modalità pagamento (2) (4)

A tal fine allega la documentazione elencata nel seguente modello "Mod 2.A"

Luogo e data,

Timbro e firma (5)

.....

NOTE:

(1) *Indicare il ruolo del dichiarante (Presidente, legale rappresentante, Responsabile di progetto,*)

(2) *Tipi di spesa: F (funzionamento), Attr (attrezzature e arredi), A (attività)*

(3) *Per la medesima fattura, pagata in più soluzioni, indicare la data e la modalità di pagamento utilizzando più righe*

(4) *Indicare la modalità di pagamento (assegno, bonifico, ricevuta bancaria, ecc...)*

(5) *Apporre il timbro e la firma ed allegare fotocopia della carta d'identità o del passaporto del dichiarante*

