

Tabella – D -

MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AVER/NON AVER BENEFICIATO DI INDENNIZZI ASSICURATIVI E/O CONTRIBUTI DI ALTRI ENTI

IL SOTTOSCRITTO _____ Codice Fiscale _____ P.IVA _____

in qualità di legale rappresentante/ titolare dell'impresa _____
(indicare ditta/ragione sociale/denominazione)

ammessa/o al bando "Misura 2" approvato con l'allegato C all'O.C.D.P.C. 932/2022 e inserito nell'elenco dei soggetti ammessi individuati negli allegati 1a e 1b;
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di non aver beneficiato di indennizzi assicurativi e contributi di altri enti;

☐ di aver beneficiato di indennizzi assicurativi e contributi di altri enti, come riportato nella tabella seguente:

	IMPORTO PERCEPITO	IMPORTO DA PERCEPIRE	TOTALE	NOTE
INDENNIZZO ASSICURATIVO				
CONTRIBUTO DI ALTRO ENTE				
TOTALE				

(indicare eventuali indennizzi assicurativi/contributi di altri Enti percepiti e da percepire)

Si allega:

☐ Documentazione di spesa rilasciata in copia conforme

DATA _____

Timbro e firma (leggibile) del titolare dell'attività economica e produttiva/agricola primaria

N.B. La presente dichiarazione sostitutiva va in ogni caso firmata dal soggetto beneficiario anche in assenza di indennizzi assicurativi percepiti o da percepire.