

ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A FONDO PERDUTO A SOSTEGNO DELLE IMPRESE INTERESSATE DAI LAVORI DI RIGENERAZIONE E RIQUALIFICAZIONE URBANA IN VIA VITTORIO EMANUELE, PIAZZA UMBERTO I, VIA GARIBALDI, VIA FARINI. CUP: D77H23000340006.

Al Comune di Castelnuovo di Garfagnana
Ufficio Protocollo,
Via Vallisneri 1, 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)

Il/La sottoscritto/a: **Cognome e Nome:** _____ **Nato/a**
a: _____ **il** ___/___/___ **Codice fiscale:**

Residente a: _____ **Via/Piazza:**

_____ **n.** _____ **CAP** _____

Telefono: _____ **E-mail** _____ / **PEC:**

in qualità di:

- titolare dell'impresa individuale
- legale rappresentante della Società

Ragione sociale: _____

Sede legale: _____

Sede operativa (se diversa): _____

Codice Fiscale / Partita IVA: _____

Iscrizione al Registro Imprese di _____ **n.** _____

Attività svolta: _____

Via/Piazza _____ °

Ai fini di cui sopra il sottoscritto/a, confermando sotto la propria responsabilità la veridicità di quanto dichiarato nel presente modulo e consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai

sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora nel controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);

CHIEDE

di poter accedere al contributo a fondo perduto previsto dal bando in oggetto, quale ristoro per i disagi economici subiti a seguito dei lavori di rigenerazione urbana nell'area interessata.

DICHIARA, sotto la propria responsabilità:

- a) di essere nato/a a _____ il _____ e di essere di nazionalità italiana/altro Paese dell'Unione europea;
- b) (per i cittadini extracomunitari) di essere nato/a a _____ il _____, di essere di nazionalità _____ nonché di essere in possesso di carta/permesso di soggiorno rilasciato da _____ in data _____ con scadenza _____;
- c) che l'attività di cui è titolare/legale rappresentante, è ubicata nel territorio del Comune di Castelnuovo di Garfagnana è compresa tra le attività:
- Attività commerciali in sede fissa
 - Attività di somministrazione di alimenti e bevande
 - Attività artigianali di servizio
- d) che l'attività di cui è titolare/legale rappresentante è iscritta alla C.C.I.A. di Lucca al n° _____;
- e) che per l'attività per cui è richiesto il contributo è in possesso di iscrizione al REA in _____, frazione/località _____, via _____ n° _____;
- f) di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di fallimento, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria, liquidazione coatta amministrativa o volontaria;
- g) di non essere in una delle condizioni di difficoltà previste dalla Comunicazione della Commissione Europea 2004/C 244/02 in materia di Orientamenti Comunitari sugli aiuti di Stato per il salvataggio e la ristrutturazione di imprese in difficoltà;

- h) di rispettare il “de minimis”, ovvero di non superare i limiti previsti per gli aiuti a ciascuna impresa, ai sensi del regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione Europea del 15.12.2006;
- i) di aver preso visione e di accettare tutte le norme e condizioni contenute nel bando;
- j) di essere consapevole che dall’importo riconosciuto verrà detratto quanto eventualmente dovuto al Comune per tributi locali (es. TARI);
- k) di dichiarare di aver subito, nel periodo compreso tra il 01/02/2025 e il 31/07/2025, una riduzione del fatturato superiore al 10% rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente (01/02/2024 – 31/07/2024).
- l) che l’incasso dell’Azienda, come risultante dal registro dei corrispettivi/ dichiarazione del commercialista, nel periodo **01/02/2025 – 31/07/2025** è stato pari ad €. _____ e che nell’analogo periodo dell’anno 2024 è stato pari ad €. _____ e quindi con un calo percentuale pari al _____ % (arrotondato alla seconda cifra dopo la virgola).
- m) che il contributo eventualmente assegnato potrà essere accreditato sul conto corrente della banca _____ filiale di _____
_____ intestato a _____, codice IBAN _____;

ALLEGATI ALLA PRESENTE DOMANDA

- Copia documento di identità in corso di validità
- Copia del permesso di soggiorno / carta di soggiorno (per cittadini stranieri)
- Documentazione fiscale/contabile attestante la perdita di incasso (copia registro dei corrispettivi o dichiarazione del commercialista)
- Altra documentazione utile: _____

Luogo e data:

Firma del/della richiedente:
