

**OGGETTO: DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO CORRELATO ALLA TARI
(TASSA RIFIUTI) VERSATA PER L'ANNO 2020.**

**Dichiarazione sostitutiva di notorietà
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a
nato/a a prov. il
residente nel Comune di prov.
via codice fiscale

in qualità di titolare
 legale rappresentante

dell'impresa iscritta al Registro Imprese della Camera di Commercio di
denominazione / ragione sociale.....
codice fiscale..... partita IVA (indicare solo se diverso)
sede legale via/piazza.....numero.....
Comune prov.
telefonocellulare.....
fax e-mail.....
PEC (posta elettronica certificata)
sede operativa (se diversa dalla sede legale) via/piazza.....numero.....
Comune prov.
telefonocellulare.....
fax e-mail.....
PEC (posta elettronica certificata)

operante nel settore

commercio artigianato panificazione servizi somministrazione
 ricettività

In relazione all'Avviso pubblico allegato alla Determinazione Dirigenziale n. 219 Del 06/05/2021

CHIEDE

la concessione di un contributo (equivalente al 50%) correlato alla Tari versata per l'anno 2020, per la seguente attività:

.....

Con sede operativa a Medicina in Via

Il sottoscritto indica i seguenti dati per l'accredito del contributo richiesto assumendosi ogni responsabilità in merito all'esattezza dei dati riportati ed impegnandosi a comunicare tempestivamente variazioni:

bonifico sul c/c intestato a

Istituto di Credito

Agenzia di Filiale

IBAN

A tal fine, **il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non rispondenti a verità, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del citato DPR qualora venga accertata la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese,**

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

- di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne integralmente e incondizionatamente tutto il contenuto;
- di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che potranno essere eseguiti controlli e verifiche da parte del Comune di medicina e degli organi competenti volti a comprovare la veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000. A tal fine si rende disponibile a presentare i documenti necessari a comprovare la veridicità delle dichiarazioni rese con il presente modulo, qualora gli stessi non siano acquisibili direttamente dall'Ufficio;
- di essere in regola con il versamento dei contributi assistenziali e previdenziali;
- di non avere commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana;
- di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo;
- di non avere in corso procedimenti contenziosi con il Comune di Medicina;
- di essere in regola con i versamenti della Tassa Rifiuti già emessi e scaduti, e con eventuali atti di accertamento ricevuti per il recupero di tributi comunali;
- che la casella di PEC dell'impresa costituisce domicilio speciale presso il quale effettuare tutte le notifiche e le comunicazioni inerenti il presente procedimento amministrativo.

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal Comune di Medicina per lo svolgimento di funzioni istituzionali. I dati personali saranno raccolti, registrati, organizzati e conservati per le finalità di gestione della procedura e saranno trattati, sia mediante supporto cartaceo che informatico, per le finalità relative allo specifico procedimento secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina, con sede in Medicina, Via Libertà 103 40059 (BO)

Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA dpo-team@lepida.it

I dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene. Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto di

accesso ai dati personali; di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano; di opporsi al trattamento; di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della veridicità di quanto riportato assumendosene la totale responsabilità. La presente dichiarazione ha valore di autocertificazione e di consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento europeo n. 679/2016), limitatamente al presente procedimento e/o ad eventuali altri a questo collegati.

Luogo e data

Il titolare o legale rappresentante dell'impresa

NB: In caso di sottoscrizione autografa, allegare copia del documento d'identità in corso di validità del firmatario.