

MODELLO B
RENDICONTAZIONE PER IL CONTRIBUTO PROGETTO DI PROMOZIONE
SPORTIVA LOCALE – 2024

(BANDO ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO APPROVATO CON DETERMINA N.97 DEL 4/03/2024)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(art.19, art.46 e art.47 e art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n.445)

Il sottoscritto (*indicare dati anagrafici del legale rappresentante*)

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

Legale rappresentante dell' Associazione/Società/Polisportiva..... categoria nel

caso di Polisportivacon sede in
via..... n.....cap.....Comune (.....)

tel.....cellulare e-mail.....

Codice fiscale dell' associazione/società sportiva.....

Partita IVA

Iscrizione RAS (Registro Associazioni Sportive).....

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

- che l'iniziativa/progetto si è svolto regolarmente e in conformità con quanto previsto nel bando;
- la permanenza dei requisiti soggettivi e oggettivi per l'ammissione al contributo;
- che per la realizzazione dell'iniziativa sopra indicata sono state effettivamente sostenute le seguenti spese:

Tipo di Documento(*)	EMESSO DA (DITTA)	NATURA DELLA SPESA RIFERITA ALLA MANIFESTAZIONE	IMPORTO
Esempio (fatture n...del..)		Esempio: <i>spese per allestimento/</i> <i>spese per pubblicità</i>	€
			€
			€
			€

			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
TOTALE SPESE			€

(*) Ricevuta fiscale, scontrino fiscale ecc.

- che i documenti di spesa allegati in copia ed elencati nella tabella, a giustificazione delle spese sostenute sono conformi agli originali e sono conservati presso..... a disposizione per eventuali verifiche;
- che per la realizzazione dell'iniziativa ha goduto delle seguenti entrate:

TIPOLOGIA	IMPORTO
Contributi da altri enti di finanziamento pubblico	
Incassi per vendita biglietti o tassa di iscrizione/assicurazione	
Sponsorizzazione	
Incassi per somministrazioni di alimenti e bevande	
Altro (specificare)	
TOTALE	

- che, in relazione alle somme pagate a titolo di compensi e rimborsi spese, ha ottemperato agli obblighi di natura previdenziale e fiscale;
- di essere informato che ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE e del D.Lgs 196/2003 i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla informativa privacy e che il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Medicina;

Data _____

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- **copia documento d'identità in corso di validità**
- **copia dei giustificativi di spesa (elencati in tabella).**