

la propria attività, che rientra in una delle seguenti tipologie:

Artigianato

Turismo

Commercio al dettaglio, compresa la somministrazione di alimenti e bevande, limitatamente agli esercizi di vicinato, come disciplinati dall'art. 4, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, e alle medie strutture di vendita, come disciplinate dall'art. 4, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114.

Fornitura di servizi destinati alla tutela ambientale,

Fornitura di servizi destinati alla fruizione di beni culturali

Fornitura di servizi destinati alla fruizione del tempo libero

con sede nel Comune di SARTEANO, in Via _____

DICHIARA INOLTRE

di non avere usufruito di altre agevolazioni oltre a quella oggetto della presente istanza considerato che il contributo di che trattasi, ove dovuto, è erogato nell'ambito del regime "de minimis" di cui al Regolamento (UE) n. 1407/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013 e non è cumulabile con altre agevolazioni aventi la medesima finalità e altre agevolazioni per la promozione economica locale" approvato con Del. CC n. 119 del 23/12/19 o da altre normative statali, regionali;

di essere a conoscenza che:

- I contributi sono concessi, nell'ordine di presentazione delle richieste, fino all'esaurimento delle risorse accantonate annualmente nell'apposito fondo.

- I contributi sono materialmente erogati agli esercenti aventi diritto dopo la riscossione dell'importo da parte del Comune, accreditato in tesoreria comunale su ordine dei competenti ministeri.

In caso di erogazione del contributo si comunicano le coordinate bancarie per il bonifico:

IBAN : |_|_|_| |_|_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Banca _____

Conto intestato a: _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Secondo le disposizioni del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e del Regolamento Europeo 2016/679 si comunica che il Responsabile del Trattamento dei dati è il dr. Gabriele Passerini Responsabile dell'Area Servizi Alla persona ed alle Imprese.

Firma _____

ALLEGATI:

copia del documento di identità valido del dichiarante (OBBLIGATORIO)