DOMANDA PER EROGAZIONE DI CONTRIBUTO STRAORDINARIO, UNA TANTUM E A FONDO PERDUTO, ALLE MICROIMPRESE PER IL SOSTEGNO DELLE ATTIVITA' ECONOMICHE A SEGUITO DELLA SOSPENSIONE OBBLIGATORIA DELL'ATTIVITA' PER EMERGENZA DA COVID-19.

AL COMUNE DI SUZZARA

protocollo@comune.suzzara.mn.legalmail.it

II/La sottoscritto/a	
Nato/a a	prov il/
Nazionalità	
Residente in	prov
Via /piazza	nCAP
e-mail	
codice fiscale	
nella qualità di:	
TITOLARE	
LEGALE RAPPRESENTANTE	
della ditta/ società denominata	
codice fiscale	P. IVA
emailP	EC
recapito telefonico	
con sede operativa in Suzzara (MN) in Via/P.zza	n.
iscritta alla Camera di Commercio di	
С	HIEDE
l'erogazione del contributo indicato in oggetto, p	per la seguente entità, al netto degli oneri fiscali:
(selezionare la casistica)	
,	imenti statali oppure che hanno subito una riduzione di
· · ·	do tra gennaio e aprile 2021 con riferimento allo stesso
[] € 500,00 , quota fissa;	
[] € 500,00 , quota incrementata per le attivil locale in cui viene esercitata l'attività beneficia	ità che hanno sostenuto spese di affitto o di mutuo per ria del contributo.

	GENNAIO - APRILE	IIVII OKTO C	MDOZIONE /6									
	e nello specifico:	IMPORTO €	RIDUZIONE %									
	 ha subito una riduzione di fatturato (almeno del 25%) verificatasi nel periodo compreso tra gennaio e aprile 2021 con riferimento allo stesso periodo dell'anno 2019 											
	 ha subito una sospensione per effetto dei provvedimenti statali in materia di emergenza COVID-19; 											
	è iscritta alla Camera di Commercio di come impresa attiva alla data di presentazione della domanda e l'attività sopraindicata:											
	□ è una microimpresa, come definita dall'art. 2, comma 3, del Decreto del Ministro delle Attività Produttive del 18/04/2005, ed ha meno di 10 occupati ed un fatturato annuo oppure un totale di bilancio annuo non superiore a 2 milioni di euro;											
	è un'impresa attiva con data antecedente al 30 aprile 2021;											
	ha sede operativa nel territorio del Comune di Suzzara (MN) ;											
	- che l'impresa richiedente è in possesso dei requisiti previsti dall'avviso pubblico per l'assegnazione dei contributi, in quanto:											
		DICHIARA										
	ne, consapevole delle sanzioni nel c n. 445/2000,	aso di dichiarazioni mendaci pre	eviste dagli artt. 75 e 76 del									
sospese fatturat	no nella casistica B le attività aper e per effetto dei provvedimenti sta to compreso tra gennaio e aprile 2	ntali, ma che non possono dimo 021 con riferimento allo stesso	ostrare una diminuzione di o periodo dell'anno 2019.									
	er il locale in cui viene esercitata l'attività beneficiaria del contributo.											
[]	€ 1.000,00, quota incrementata po	er le attività che hanno sostenu	ito spese di affitto o di mutuo									
[]	€ 1.000,00 , quota fissa;											
fatturat	le attività sospese per effetto dei to (almeno del 25%) verificatasi nel o dell'anno 2019:											

FATTURATO	IMPORTO €	RIDUZIONE %
GENNAIO - APRILE		
ANNO 2019	€	-
ANNO 2021	€	-
RIDUZIONE	€	%

sospensione per effetto dei provvedimenti statali in materia di emergenza COVID-19 e non può dimostrare la diminuzione di fatturato compreso tra gennaio e aprile 2021 con riferimento allo stesso periodo dell'anno 2019; esercita la seguente attività (selezionare la tipologia): ☐ ATTIVITA' DI SERVIZI ALLA PERSONA ed esclusione dei servizi di pompe funebri; □ COMMERCIO AL DETTAGLIO IN SEDE FISSA (superficie di vendita non superiore ai 250 mq); ☐ ATTIVITA' DEI SERVIZI DI ALLOGGIO E RISTORAZIONE (albergo, agriturismo, ristorante e pizzeria, gelateria, pasticceria, catering, bar, pizzeria d'asporto, artigiani alimentaristi, piadinerie, ad esclusione delle mense); ☐ ATTIVITÀ SPORTIVE, DI INTRATTENIMENTO E DI DIVERTIMENTO; ☐ ATTIVITA' DI AGENZIE DI VIAGGIO; ☐ ATTIVITA' DI NOLEGGIO CON CONDUCENTE; ☐ ATTIVITÀ CREATIVE, ARTISTICHE E DI INTRATTENIMENTO non si trova in stato di fallimento, liquidazione coatta, liquidazione volontaria, concordato preventivo, ovvero ogni altra procedura concorsuale prevista dalla Legge Fallimentare e da altre leggi speciali, né ha in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni nei propri confronti; □ i soci o coloro che ricoprono un incarico all'interno delle imprese, non sono destinatari di provvedimenti di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs. 6.09.2011 n.159, ovvero non sono stati condannati con sentenza definitiva o, ancorchè non definitiva, confermata in grado di appello, per uno dei delitti di cui all'art. 51, comma 3-bis del codice di procedura penale; □ è in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi, previdenziali e assistenziali secondo le vigenti disposizioni legislative; non si trova in posizione debitoria nei confronti del Comune di Suzzara alla data della presentazione dell'istanza; □ di non aver superato l'importo complessivo di € 200.000,00 di aiuti di stato nell'arco degli ultimi tre esercizi finanziari, come stabilito dal Regolamento (UE) n. 1407/2013; ☐ che nel caso l'impresa dovesse risultare destinataria di "aiuti di Stato" per un importo superiore a € 200.000 nell'arco degli ultimi tre esercizi finanziari e l'aiuto dovesse essere dichiarato incompatibile alle norme del trattato CE dalla Commissione UE, sarà obbligata a restituire le somme eccedenti maggiorate dagli interessi; **DICHIARA**, inoltre ☐ di prendere atto che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali indicati nel presente modulo saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce;

o (solo per le attività aperte tra il 02/03/2019 e il 30/04/2021) ha subito una

	di prendere atto che, sui dati dichiarati, il Comune di Suzzara potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000;																				
	di autorizzare gli operatori del Comune di Suzzara a contattare INAIL, Enti competenti e terzi al fine di verificare la veridicità della presente dichiarazione;													al							
	inte	egra	lme	nte	e se	nza	ell'av riser	va t	utte	e le	con	dizi	oni;								•••
AL FINI L'ACCR Banca	EDIT	O:																			
Filiale																				_	
Intesta	to a	:																		_	
Codice	IBAN	N (2	7 ca	ratte	eri a	lfan	ume	rici))												
che il/i 1) sig. _.							, r	nato	o a								•				
resider	nte a									_, c	od.	fisc.								Fir	ma
																-			 		

Allegati:

- copia carta d'identità solo nel caso in cui la firma del richiedente è apposta in modo autografo;
- documentazione attestante contratto di affitto o la stipula del mutuo per il locale in cui viene esercitata l'attività beneficiaria del contributo (solo se è stata fatta richiesta della quota incremento del contributo).