

Alla Protezione Civile della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Via Natisone, 43 – 33057 Palmanova (UD) protezione.civile@certregione.fvg.it

OGGETTO: EVENTO/ EMERGENZA _____ DEL _____ (autorizzazione applicazione benefici prot.n. _____ del _____ rilasciato da _____)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà – art. 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000

Il sottoscritto....., nella sua qualità di rappresentante legale della Ditta..... con sede legale in..... Via/Piazza..... Comune..... Provincia..... telefono(no call center)..... codice fiscale della DITTA..... E-mail..... PEC.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

ai sensi dell'art. 39 del Dlgs 1/2018, che gli vengano reintegrate le spese sostenute come appresso indicato, in esito all'impiego dei propri dipendenti:

Table with 7 columns: COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA, LUOGO DI NASCITA, COD. FISCALE, MATR. AZIENDALE. Rows 1, 2, 3.

Chiede altresì che il rimborso richiesto, pari a complessivi Euro, come risultante dai prospetti individuali dei costi allegati, avvenga a mezzo di (scegliere una sola opzione):

1 Accredito sul c/c postale IBAN [grid]

2 Accredito sul c/c bancario presso la Banca, Agenzia / Filiale n. di (.....), Via/Piazza IBAN [grid]

3 modalità credito d'imposta (ai sensi dell'art.38 del D.L.189 del 17/10/2016, convertito con modificazioni dalla L. 229 del 15/12/2016)

Allego la presente documentazione obbligatoria ai fini del rimborso, pena decadenza dell'istanza:

- 1. fotocopia dei un documento di identità del legale rappresentante dell'Azienda e firmatario dellarichiesta
2. attestato di partecipazione del dipendente impiegato come volontario

Dichiara infine di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lg. 196/2003 che i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

(timbro e firma leggibile del legale rappresentante)

NOMINATIVO A CUI RIVOLGERSI PER EVENTUALI CHIARIMENTI:

Cognome e nome : telefono : E-mail: