**MODELLO 10**

Alla Regione Puglia

Autorità di Gestione del PSR Puglia 2014/2020

Responsabile della Sottomisura 19.4

Lungomare N. Sauro n. 45/47-70121 Bari

**PSR Puglia 2014-2020**

**Misura 19 - Sottomisura 19.4 “Sostegno per i costi di gestione e animazione**”

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ alla via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

In qualità di Presidente del CdA del GAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

CONSIDERATO la domanda di sostegno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, è stata approvata con Decreto di Concessione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, finanziato nell’ambito del PSR Puglia 2014/2020 – Sottomisura 19.4 “Sostegno per i costi di gestione a animazione”;

PRESO ATTO delle spese riportate nella domanda di pagamento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attinenti le spese sostenute nell’ambito della gestione/animazione, nel periodo compreso dal \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di essere in regola con i pagamenti e gli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, nonché con tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente, compresa la normativa regionale ex L.R. n. 28/2006 *“Disciplina in materia di contrasto al lavoro non regolare”* e Regolamento n. 31 del 27/11/2009 e s.m.i..
2. di essere a conoscenza che “le amministrazioni procedenti sono tenute a effettuare controlli periodici sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell’art. 71 del testo unico di cui al D.P.R. n. 445/2000”;
3. che:
4. il proprio numero di matricola o iscrizione INPS sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è: \_\_\_\_\_\_\_\_
5. il codice ditta e la posizione assicurativa territoriale INAIL sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. il contratto collettivo applicato ai propri dipendenti è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure 🞎 di non avere dipendenti occupati

Firma

Luogo - data

……………, lì ………………………….