

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a a il

residente a in via

in qualità di titolare/legale rappresentante del sotto indicato soggetto richiedente

SELEZIONARE L'IPOTESI PERTINENTE

☐ impresa (denominazione/ragione sociale)

☐ consorzio ;

☐ società consortile ;

☐ società cooperativa ;

a fronte del contributo richiesto dal soggetto sopra indicato

DICHIARA

che il sopra indicato soggetto richiedente, ovvero ciascun componente del suddetto consorzio

1. è regolarmente costituito ed iscritto al Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. competente per territorio;
2. non si trova in stato di scioglimento o liquidazione volontaria e non è sottoposto a procedure concorsuali quali fallimento, liquidazione coatta amministrativa, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria;
3. ha sede o almeno un'unità operativa attiva nel territorio regionale, con attività effettiva codificata dai codici ATECO 2007, come risultante dalla visura camerale;
4. non è destinatario di sanzioni interdittive ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300);

(SELEZIONARE L'IPOTESI PERTINENTE)

- ☐ è proprietario dell'immobile oggetto dell'investimento;
- ☐ ha la disponibilità dell'immobile oggetto dell'investimento, in base al seguente titolo giuridico:
- ☐ è proprietario delle macchine e apparecchiature sulle quali è stata realizzata l'iniziativa;
5. non si trova nelle condizioni ostative alla liquidazione del contributo previste dalla vigente normativa antimafia;
6. si trova in situazione di regolarità contributiva nei confronti degli enti previdenziali e assistenziali.

(Luogo e data)

firma del titolare/legale rappresentante