

Ai fini della corresponsione del contributo a titolo di sostegno del reddito sopra indicato

DICHIARA

- che i dipendenti per i quali è stato richiesto il contributo sono in forza presso l'I.P.A.B. all'atto di presentazione della domanda di contributo;
- che l'importo richiesto all'Amministrazione Regionale verrà utilizzato per la corresponsione delle retribuzioni lorde, comprensive degli oneri previdenziali a carico del datore di lavoro, per le mensilità marzo-agosto 2020, nella misura dell'effettiva quota delle entrate pubbliche e private non percepite dall'IPAB e destinate per la quota parte ad esclusiva copertura delle succitate retribuzioni;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000;
- di essere informato che, ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite questa domanda di contributo saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale sono stati forniti.

Allega alla presente:

copia fronte retro del seguente documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore:

tipo _____ n. _____ emesso il _____
da _____

polizza fideiussoria a copertura dell'importo richiesto (su modello regionale)

dichiarazione conto corrente dedicato (su modello regionale)

Chiede che le comunicazioni relative alla presente domanda siano indirizzate a:

.....via/piazza.....

.....n.....CAP.....Comune.....Provincia...

.....Telefono.....Cell.....

Referente IPAB (nominativo).....

e-mail.....

e-mail (*in alternativa*)

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante



b22f3158

