

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**  
**Direzione Generale Agricoltura, economia**  
**ittica, attività faunistico - venatorie**  
**Servizio Sviluppo economia ittica e delle**  
**produzioni animali**  
**Viale della Fiera 8**  
**40127 BOLOGNA**

*Oggetto:* DOMANDA DI LIQUIDAZIONE DI CUI AL PARAGRAFO 19 del Bando regionale di attuazione dell'asse 2, misura 2.1 Sottomisura 1 "Investimenti produttivi nel settore dell'acquacoltura" - annualità 2015"

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante della/del ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_  
 relativamente al progetto codice numero \_\_\_/AC/15

**CHIEDE**

La liquidazione del contributo spettante e a tal fine, ai sensi degli artt.46 E 47 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni in caso di falsa dichiarazione, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, così come previsto dall'art. 75 del medesimo decreto,

**DICHIARA**

**CHE FATTI, STATI E QUALITÀ RIPORTATI NEI PUNTI SUCCESSIVI CORRISPONDONO A VERITÀ:**

- non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta amministrativa, di concordato preventivo, o in qualsiasi altra situazione equivalente;
- è in regola nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, nonché in tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente nei confronti dei competenti enti;
- che l'organico dell'impresa/società, distinto per qualifica (compresi occasionali, tempo determinato ecc), **al momento della presentazione della richiesta di liquidazione**, è il seguente:

| N. | Qualifica |
|----|-----------|
|    |           |
|    |           |
|    |           |

- che il C.C.N.L. applicato è \_\_\_\_\_;
- che adempie alle Leggi sociali e di sicurezza sul lavoro;
- che le posizioni previdenziali/assicurative sono le seguenti:

|  |                                |                          |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| <b>TITOLARE DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE/ASSICURATIVA</b><br><small>(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DICHIARANTE)</small> |                                |                          |
| Nominativo _____   |                                |                          |
| Codice Fiscale _____   |                                |                          |
| INAIL:   | Codice ditta<br>_____          | PAT<br>_____             |
| INPS:  | Matricola azienda<br>_____     | Sede competente<br>_____ |
| ALTRO<br><small>(specificare)</small><br>_____   | Codice identificativo<br>_____ | Sede competente<br>_____ |

**ovvero**

- di non essere tenuto all'iscrizione presso (*barrare la voce che interessa*):

INAIL

INPS

ALTRO

*Per i seguenti motivi:*

---

- che il progetto ammesso, è conforme a quello realizzato e descritto nella relazione tecnica presentata in allegato alla domanda di contributo e si compone delle voci di spesa sottoelencate;

| <b>Descrizione della spesa ammessa</b><br><i>(indicare: ditta fornitrice, fattura n.... del ..., descrizione dell'intervento)</i> | <b>Importo euro</b> | <b>Rendicontata<br/>si/no</b> |
|---|---------------------|-------------------------------|
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
|   |                     |                               |
| <b>TOTALE</b>   |                     |                               |

