

Oggetto: Ordinanza Commissariale n° 9 del 14/12/2016, art.9. Domanda di rimborso per la delocalizzazione immediata e temporanea delle attività economiche danneggiate dagli eventi sismici del 24 agosto 2016 e successivi.

| TIPO DI DELOCALIZZAZIONE | | | |
|--------------------------|--|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | in altro edificio agibile sito nello stesso Comune | <input type="text"/> | |
| | Via/loc | <input type="text"/> | fg <input type="text"/> part <input type="text"/> |
| | sub | <input type="text"/> | ; |
| <input type="checkbox"/> | all'interno del lotto di pertinenza o nelle aree adiacenti distinto al fg | <input type="text"/> | part <input type="text"/> |
| | sub | <input type="text"/> | del Comune di <input type="text"/> ; |
| <input type="checkbox"/> | all'interno di una struttura unitaria appositamente predisposta (ODPC n. 408 del 15 novembre 2016, art. 3); | | |
| <input type="checkbox"/> | all'interno di un'area pubblica attrezzata dal Presidente della Regione Umbria in qualità di Vice Commissario. | | |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(D.P.R. 3 giugno 1998, n.252 e D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – art.47)

| DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE | |
|---|---|
| Il/la Sottoscritto/a | <input type="text"/> |
| nato/a a | <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/> |
| Codice Fiscale | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Residente nel Comune di | <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> Cap. <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Indirizzo (via e n°) <input type="text"/> |
| Domicilio (da compilare solo se il domicilio del dichiarante non coincida con la residenza) | |
| Comune di | <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> Cap. <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Indirizzo (via e n°) <input type="text"/> |
| Recapiti | |
| Tel. | <input type="text"/> Cell. <input type="text"/> |
| Fax | <input type="text"/> Mail <input type="text"/> |
| Pec | <input type="text"/> |

In qualità di (barrare)

Titolare di ditta individuale

Legale rappresentante di società o altro ente

avente titolo, quale

Titolare attività professionale

Altro

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA

Denominazione o ragione sociale e natura giuridica

Sede operativa nel Comune di

Indirizzo (via e n°)

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

P.IVA

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di

N°

Residente nel Comune di

Prov.

Cap.

Domicilio (da compilare solo se il domicilio del dichiarante non coincida con la residenza)

Comune di

Prov.

Cap.

Indirizzo (via e n°)

Recapiti

Tel.

Cell.

Fax

Mail

Pec

In qualità di (barrare)

Titolare di ditta individuale

Legale rappresentante di società o altro ente

avente titolo, quale

Titolare attività professionale

Altro

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ DICHIARA

● Che dalla data del è avvenuta la delocalizzazione dell'attività produttiva, autorizzata ai sensi dell'O.C. n. 9/2016:

in altro edificio agibile sito nello stesso Comune o, in casi eccezionali, in altro Comune (art. 1 comma 2 lett. a) dell'O.C. n. 9/2016) ;

all'interno del lotto di pertinenza o nelle aree adiacenti (art. 1 comma 2 lett. b) dell'O.C. n. 9/2016);

all'interno di una struttura unitaria all'uopo predisposta (ODPC n. 408 del 15 novembre 2016, art. 3 e art. 1 comma 2 lett. c) dell'O.C. n. 9/2016);

all'interno di un'area pubblica attrezzata dal Presidente della Regione interessata, in qualità di Vice Commissario (art. 1 comma 2 lett. d) dell'O.C. n. 9/2016);

● che la delocalizzazione dell'attività produttiva è stata autorizzata con decreto del dirigente delegato n. del ;

● che l'istituto bancario scelto per l'apertura del CC vincolato è

;

● che gli estremi del CC bancario dell'attività (non deve essere quello vincolato) presso cui si dovranno rimborsare le somme anticipate sono:

IBAN

;

● che i fornitori presso cui è si è proceduto all'acquisto di macchinari e/o attrezzature, ai sensi dell'art. 4 comma 1 dell'O.C. n. 9/2016, sono:

e che gli stessi risultano iscritti all'Anagrafe antimafia di cui all'art. 30 comma 6 del D.L. 186/2016 ed in regola con gli adempimenti contributivi e previdenziali;

- che le imprese che hanno provveduto alla realizzazione della struttura temporanea, ai sensi dell'art. 5 comma 4 lettera d) dell'O.C. n.9/2016 sono:

e che le stesse risultano iscritte all'Anagrafe antimafia di cui all'art. 30 comma 6 del D.L. 186/2016 ed in regola con gli adempimenti contributivi e previdenziali;

- che le imprese che hanno provveduto alla realizzazione delle opere di adeguamento impiantistico, ai sensi dell'art. 5 comma 4 lettera e) dell'O.C. n.9/2016 sono:

e che le stesse risultano iscritte all'Anagrafe antimafia di cui all'art. 30 comma 6 del D.L. 186/2016 ed in regola con gli adempimenti contributivi e previdenziali;

- che le imprese che hanno provveduto al trasloco di beni mobili ed attrezzature, ai sensi dell'art. 4 comma 3 sono:

e che le stesse risultano iscritte all'Anagrafe antimafia di cui all'art. 30 comma 6 del D.L. 186/2016 ed in regola con gli adempimenti contributivi e previdenziali;

- che le imprese presso le quali si è provveduto al riacquisto delle scorte, ai sensi dell'art. 5 comma 5 sono:

e che le stesse risultano in regola con gli adempimenti contributivi e previdenziali;

- che il tecnico incaricato per la redazione della perizia giurata, progettista o direttore lavori è:

che lo stesso risulta iscritto all'elenco speciale di cui all'art.34 del D.L. 189/2016 ed in regola con gli adempimenti contributivi e previdenziali.

Si allegano (obbligatori):

- Attestazione da parte di tecnico abilitato del possesso dei requisiti di agibilità dei locali presso cui è avvenuta la delocalizzazione tra cui il rispetto delle norme sanitarie (delocalizzazioni di tipo a) e b);
- Documentazione fotografica attestante gli interventi eseguiti;
- Contabilità dei lavori a consuntivo;
- Tabella riepilogativa, a firma del titolare della domanda, che evidenzia all'interno della domanda di rimborso quali sono le fatture quietanzate e quelle non quietanzate.
- Fatture*, anche non quietanzate, degli acquisti o noleggi di attrezzature, dei lavori, delle forniture, del ripristino delle scorte, delle spese di allaccio degli impianti, dei traslochi e delle spese tecniche:
 - Nelle fatture delle spese tecniche non va riportata la ritenuta di acconto (come da parere della Direzione Centrale Agenzia Entrate n. 954-36/2014);
 - In tutte le fatture emesse successivamente al Decreto di concessione dovrà essere indicato il CUP;
 - Nelle fatture di riacquisto dei macchinari dovrà essere indicato il n. di matricola degli stessi;Qualora le fatture siano quietanzate devono essere trasmesse anche le copie dei bonifici effettuati ovvero la liberatoria per pagamento con assegni (da compilare e allegata alla presente);
- Estremi dei Conti Correnti dedicati del professionista, delle imprese, dei fornitori di macchinari e attrezzature per i quali non è stata anticipata alcuna spesa;
- Estremi dei Conti Correnti delle imprese presso le quali si è proceduto al riacquisto delle scorte e per i quali non è stata anticipata alcuna spesa;

Si allegano, inoltre (barrare ove ricorre):

- Canoni di locazione quietanzati da rimborsare;
- Contratto di locazione (nel caso di cui all'art. 2 comma 1 dell'O.C. n.9/2016) registrato e trascritto;
- Dichiarazione (da compilare e allegata alla presente) relativo allo smaltimento dei macchinari distrutti o danneggiati in maniera irreversibile per i quali è stato autorizzato il riacquisto;
- Dichiarazione di conformità dell'impianto realizzato alla regola dell'arte ai sensi del D.M. n. 37/2008 per gli impianti realizzati;
- Dichiarazione di conformità in materia di costruzioni in zone sismiche (obbligatorio) nel caso di delocalizzazioni attuate ai sensi l'art. 2 comma 2 dell'O.C. n.9/2016;
- Copia della S.C.I.A. commerciale, con estremi di notifica, per apertura/trasferimento di attività commerciali;
- Copia della Notifica di Inizia attività (N.I.A.) sanitaria, con estremi di notifica, per apertura/trasferimento di esercizi che trattano alimenti prodotti, trasformati, distribuiti, venduti, somministrati;
- Altre autorizzazioni, anche di carattere ambientale (A.U.A.), necessarie allo svolgimento dell'attività;
- Eventuale quadro di raffronto economico per variazione del costo dell'intervento;

Dichiara, altresì:

- di non aver percepito né richiesto, per le medesime finalità e/o in relazione agli stessi danni a beni strumentali e scorte, provocati dagli eventi sismici del 2016, altri contributi pubblici, né gli stessi sono stati coperti da indennizzi assicurativi o contributi erogati da qualsivoglia soggetto.
- che quanto richiesto non sarà in alcun modo oggetto di ulteriore richiesta di contributo per i medesimi beni mobili strumentali e/o le medesime scorte ai sensi dell'O.C.S.R. n. 13/2017.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

(Firma leggibile)

Alla presente deve essere allegato copia di documento di identità in corso di validità.

Ove ricorre

Regione Umbria

Direzione regionale Attività produttive, Lavoro, Formazione e Istruzione SERVIZIO SVILUPPO E COMPETITIVITA' DELLE IMPRESE Sezione Sostegno ai processi di innovazione e ricerca nelle imprese via Mario Angeloni, 61

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (D.P.R. 3 giugno 1998, n.252 e D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – art.47)

| DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE | |
|---|---|
| Il/la Sottoscritto/a | <input type="text"/> |
| nato/a a | <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> il <input type="text"/> |
| Codice Fiscale | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Residente nel Comune di | <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> Cap. <input type="text"/> |
| <input type="text"/> Indirizzo (via e n°) | <input type="text"/> |
| Domicilio (da compilare solo se il domicilio del dichiarante non coincida con la residenza) | |
| Comune di | <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> Cap. <input type="text"/> |
| Indirizzo (via e n°) | <input type="text"/> |
| Recapiti | |
| Tel. | <input type="text"/> |
| Cell. | <input type="text"/> |
| Fax | <input type="text"/> |
| Mail | <input type="text"/> |
| Pec | <input type="text"/> |
| In qualità di (barrare) | |
| <input type="checkbox"/> Titolare di ditta individuale | |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante di società o altro ente | |
| <input type="checkbox"/> avente titolo, quale | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Titolare attività professionale | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="text"/> |

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA

Denominazione o ragione sociale e natura giuridica

Sede operativa nel Comune di

Indirizzo (via e n°)

Codice Fiscale

P.IVA

Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di

N°

Residente nel Comune di Prov.

Cap.

Domicilio (da compilare solo se il domicilio del dichiarante non coincide con la residenza)

Comune di Prov. Cap.

Indirizzo (via e n°)

Recapiti

Tel. Cell.

Fax Mail

Pec

In qualità di (barrare)

Titolare di ditta individuale

Legale rappresentante di società o altro ente

avente titolo, quale

Titolare attività professionale

Altro

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ DICHIARA

DI AVER PROVVEDUTO ALLO SMALTIMENTO DEI MACCHINARI/ATTREZZATURE DISTRUTTE O DANNEGGIATE IN MODO IRREVERSIBILE *

L'attrezzatura smaltita risulta essere (descrizione del bene smaltito)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Il macchinario smaltito risulta essere (descrizione del bene smaltito)

| |
|--|
| |
| |
| |

Impresa produttrice

| |
|--|
| |
|--|

N. matricola

| |
|--|
| |
|--|

Documentazione allegata relativa allo smaltimento dei beni o autodichiarazione relativa allo smaltimento dei beni come rifiuto ordinario *

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

DI NON AVER ANCORA PROVVEDUTO ALLO SMALTIMENTO IN QUANTO GLI STESSI NON RISULTANO ALLO STATO ATTUALE RECUPERABILI/RIMOVIBILI IN QUANTO:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

E DI IMPEGNARSI PERTANTO A PRODURRE ENTRO 15 GIORNI DALL'AVVENUTO SMALTIMENTO DEI MACCHINARI/ATTREZZATURE DISTRUTTE O DANNEGGIATE IN MODO IRREVERSIBILE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE COME SOPRA RICHIESTA.*

* **N.B.** Qualora si voglia smaltire il bene nei centri di raccolta (isole ecologiche) è bene ricordare che gli stessi centri possono prendere materiale dalle utenze non domestiche, come nel caso in esame, soltanto a seguito di registrazione di quanto smaltito sul *registro dei rifiuti* da compilare con il personale presente. Quindi al momento dello smaltimento è bene evidenziare, al personale presente, che non si tratta di beni provenienti da utenze domestiche e che per gli stessi è necessario il rilascio del citato verbale. Copia dello stesso verbale deve essere allegato alla presente.

Data

(Firma leggibile)

Alla presente deve essere allegato copia di documento di identità in corso di validità.

Liberatoria da compilare in caso di pagamento con assegni

Quietanza su carta intestata della ditta

Il/la Sottoscritto/a

nato/a a Prov. il

Residente nel Comune di

Prov. Cap.

Indirizzo (via e n°)

in qualità di titolare (o altro titolo) dell'impresa

con sede nel Comune di Prov.

Cap.

Indirizzo (via e n°)

Codice Fiscale

Partita IVA

DICHIARA

che le seguenti fatture:

| Fattura n. | Del | Imponibile | IVA | Totale |
|------------|-----|------------|-----|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

emesse nei confronti dell'impresa

nel Comune di Prov. Cap.

Indirizzo (via e n°)

Codice Fiscale

Partita IVA

sono state interamente pagate a mezzo:

| | | | |
|------------|----------------------|---------|----------------------|
| Assegno n. | <input type="text"/> | in data | <input type="text"/> |
| Assegno n. | <input type="text"/> | in data | <input type="text"/> |
| Assegno n. | <input type="text"/> | in data | <input type="text"/> |

e per le medesime si rilascia quietanza, dichiarando di non avendo null'altro a pretendere.

Si dichiara altresì che sulle fatture suddette non gravano vincoli di alcun genere, non sono state emesse note di accredito e non sono stati concessi sconti o abbuoni successivi alla fatturazione.

Data

(Firma leggibile e timbro)