

**AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI**

ROCCAIONE

OGGETTO: Salvaguardia dell'assetto paesaggistico-ambientale dei castagneti da frutto tradizionali. Interventi a sostegno delle cure colturali.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Tel. _____ C.F. _____ P.I. _____

CHIEDE

di poter ottenere il sostegno di questo Comune per la salvaguardia dell'assetto paesaggistico-ambientale dei castagneti da frutto tradizionali in proprio possesso,

Comune	Foglio	n°	Superf. Catastale ha	Superf. Coltivata ha
			Totale:	Totale:

dichiara di possedere i seguenti requisiti e di accettare le norme del bando

- il castagneto è sottoposto a regolari operazioni colturali ed ha una densità normale (compresa tra 70 e 140 piante ad ettaro);
- viene attuata la cura del sottobosco (eliminazione di polloni basali, sfalcio erba e cespugli infestanti);
- di essere proprietario o comproprietario – affittuario - comodatario (*cancellare cosa non interessa*) del castagneto;
- il castagneto era effettivamente coltivato negli anni precedenti al 2023;
- ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 679/2016, il sottoscritto espressamente dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali di cui sopra, per le sole finalità connesse alla richiesta di contributo per il miglioramento del castagneto da frutto e dei terreni forestali;
- consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n.445, sotto propria responsabilità, dichiara che i mappali oggetto della richiesta di contributo "Arbu e Ruscassè" annualità 2022, non fruiscono di alcun contributo ulteriore.
- dichiara inoltre di essere a conoscenza dei **diritti** previsti dal D.lgs. 196/2003 e dal Regolamento (UE) 679/2016.

data _____

firma

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI

ROCCAIONE

**OGGETTO: LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO PER SALVAGUARDIA DELL'ASSETTO
PAESAGGISTICO AMBIENTALE DEI CASTAGNETI DA FRUTTO TRADIZIONALI,
INTERVENTO FORFETTARIO A SOSTEGNO DELLE CURE CULTURALI.
ANNUALITÀ 2023.**

Modulo di liquidazione contributo

I sottoscritt _____, nat _____ a
_____ Prov. (_____) il ____/____/_____, residente in
_____ Prov. (_____) Via/Piazza _____ n. _____, C.F.
_____ Tel. _____ Cell. _____,

A conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che l'attività svolta dal beneficiario non ha finalità di lucro;
2. che in relazione alle somme pagate a titolo di compensi e/o rimborsi spese, ha ottemperato agli obblighi di natura previdenziale e fiscale;
3. che l'attività ammessa a contributo per la quale il Comune di Roccavione erogherà la somma spettante
 - ☐ **è assoggettabile** all'imposta sui redditi ai sensi del D.P.R. 917/86 (art. 55)
 - ☐ **non è assoggettabile** all'imposta sui redditi ai sensi del D.P.R. 917/86 (art. 55)
4. che il contributo:
 - ☐ **è assoggettabile** alla ritenuta d'acconto del 4%, di cui al secondo comma dell'art. 28 del D.P.R. 600/73;
In relazione a quanto dichiarato esonera il Comune di Roccavione da ogni responsabilità, qualora quanto detto non dovesse corrispondere al vero per diversa imposizione accertata dai relativi uffici fiscali.
 - ☐ **non è assoggettabile** alla ritenuta d'acconto del 4%, di cui al secondo comma dell'art. 28 del D.P.R. 600/73.

Il sottoscritto si obbliga a comunicare tempestivamente al Comune di Roccavione ogni variazione di residenza onde permettere all'Ente il corretto adempimento degli obblighi tributari.

Il sottoscritto richiede di voler estinguere il mandato di pagamento da emettersi a proprio favore nel modo sotto indicato, esonerando il Comune da ogni responsabilità per il pagamento effettuato conformemente a detta richiesta (segnare con una X il modo prescelto e compilare con scrupolosa attenzione le parti interessate):

☐ Accredito su c/c bancario n. _____ (specificare tutte le 12 cifre) ABI _____ CAB _____ CIN _____
Banca _____ Filiale _____
Codice IBAN _____
(l'intestazione del conto deve corrispondere esattamente a quella dell'ente beneficiario);

☐ Accredito su c/c postale n. _____ (specificare tutte le 12 cifre) ABI _____ CAB _____ CIN _____
Banca _____ Filiale _____
Codice IBAN _____
(l'intestazione del conto deve corrispondere esattamente a quella dell'ente beneficiario);

Data, ____ / ____ / ____

In fede

(timbro e firma)

(*) ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ.

Ai sensi del D.Lgs. N. 196/2003 e del Regolamento (UE) 679/2016 si informa che i dati comunicati con il presente modello subiranno i seguenti trattamenti:

- verranno utilizzati per la redazione degli atti amministrativi relativi alla concessione e liquidazione di contributi;
- verranno utilizzati per le normali operazioni di pagamento e pertanto saranno anche comunicati al Tesoriere;
- verranno utilizzati per la redazione dell'albo dei beneficiari di cui alla legge n.412/91 art. 22;
- verranno conservati presso l'Ente in quanto contenuti in documenti archiviati.

L'eventuale rifiuto a comunicare i dati richiesti rende impossibile l'erogazione del contributo.

Ai soggetti interessati, ai quali si riconoscono i diritti di cui al citato D.Lgs. 196/2003 ed al Regolamento (UE) 679/2016, si richiede di comunicare eventuali variazioni nei dati contenuti nel presente modello.

Il titolare del trattamento è: **Comune di Roccavione Via S.Croce, 2 - 12018 Roccavione**