

Carta intestata ASSOCIAZIONE

**ALLA DIREZIONE CULTURA E COMMERCIO
SETTORE COMMERCIO E TERZIARIO -
TUTELA DEI CONSUMATORI**

PEC: commmercioeterziario@cert.regione.piemonte.it

Oggetto: Art. 148 della legge 388/2000 D.M. 12 febbraio 2019. D.M. 10 agosto 2020, art. 2 (Emergenza sanitaria da Covid-19) - Avviso MISE del 30 settembre 2020. Programma di iniziative a vantaggio dei consumatori per far fronte all'emergenza Covid-19.

**MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA
1° AMBITO
(....) Prima trance 70% - (....) Seconda trance 30%
(barrare la casella corrispondente)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 e art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 s.m.i.)
esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000 s.m.i.**

| | | | |
|--|------------------|---------------------|------------------------|
| Il sottoscritto: | | | |
| Nome..... Cognome..... | | | |
| Telefono | Cellulare | e-mail | PEC |
| | | | |
| Nata/o | | Residente | |
| a | il | in - (Prov.) | Via/Corso |
| | | | |
| in qualità di legale rappresentante dell'Associazione | | | |
| Codice fiscale Associazione: | | | |
| Avente sede legale in: | | | |
| Via e n° civico | | CAP | CITTÀ – (PROV.) |
| | | | |
| Telefono | e-mail | | PEC |
| | | | |

ai fini dell'erogazione del contributo concesso dal Ministero dello Sviluppo Economico, in attuazione dell'Avviso MISE del 30 settembre 2020, per la realizzazione di iniziative a vantaggio dei consumatori per far fronte all'emergenza Covid-19, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 s.m.i., sulla responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del d.P.R. 445/2000 s.m.i. e sotto la propria responsabilità, fornisce di seguito i dati e le notizie relative all'attività di cui all'Ambito 1. A tal fine

DICHIARA CHE :

1° AMBITO
Assistenza sociosanitaria,
compreso il sostegno psicologico alla popolazione
soprattutto adulta e ai
minori

1. Informazioni in relazione agli indicatori e alla documentazione a supporto

| LO SPORTELLLO UBICATO IN | | | |
|-----------------------------|--------|-----------------|-----|
| Comune – (Prov.) | | Via e n° civico | CAP |
| | | | |
| Telefono | e-mail | PEC | |
| | | | |
| Nel periodo dal.....al..... | | | |

1.1 Numero di persone assistite

| | |
|--------------------------------|--|
| Ha assistito persone n. | |
|--------------------------------|--|

e allega la documentazione a supporto (*Registri/archivi da cui si deduce il numero delle persone assistite*);

1.2 Numero personale dedicato

| | |
|--------------------------------------|--|
| Numero personale dedicato | |
| Numero dei contatti sportello | |

1.3 Orari sportello;

Dichiarare i giorni e gli orari del suddetto Sportello

IMPORTANTE:

(Aggiungere tabelle per ogni sportello in cui sono state effettuate le attività relative al primo ambito)

| | |
|---------------------|---|
| Luogo e data | IL LEGALE RAPPRESENTANTE ----- <i>firma digitale o timbro e firma (per esteso e leggibile)</i> |
|---------------------|---|

**IN CASO DI FIRMA AUTOGRAFA ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ
LEGGIBILE ED IN CORSO DI VALIDITÀ**