|  |
| --- |
| **ALLEGATO 4 - STP**  |
| IMPORTANTE: LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE COMPILATA DA PARTE DI CIASCUN SOCIO, COMPRESO IL SOGGETTO LEGITTIMATO CHE TRASMETTE LA DOMANDA DI CONTRIBUTO |
| DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEL PRESTATORE DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE FACENTE PARTE DELLO STUDIO ASSOCIATO O DELLA SOCIETÀ DA RILASCIARSI, AI SENSI DELL’ART. 47 DEL DPR N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL’ARTICOLO 3 DEL DPREG. 221/PRES./2015 E SMI |
|  |
| Il/La sottoscritto/a |
| COGNOME E NOME |
|  |
| DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA |
|  |  |  |  |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| facente parte della società tra professionisti (STP) costituita ai sensi dell’articolo 10 della legge 12 novembre 2011, n. 183  |
|  |
| *(denominazione della STP come da anagrafe tributaria)*a conoscenza delle norme contenute nel Regolamento di attuazione dell’intervento previsto dall’articolo 11 della legge regionale 22 aprile 2004, n. 13 |
| consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal testo unico del D.P.R. 445/2000, art. 76, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia |
| **DICHIARA**che dalla data di presentazione della domanda di contributo e fino alla data di presentazione del rendiconto: |
| * ha esercitato l’attività professionale di
 |  |
|  |
| * ha svolto esclusivamente l’attività professionale, non è stato lavoratore dipendente a tempo indeterminato, titolare di pensione di vecchiaia o di anzianità erogata dall’I.N.P.S. o da altre casse pubbliche o private, collaboratore di impresa familiare, artigiano, commerciante, coltivatore diretto, titolare di impresa individuale, amministratore di società di persone o di capitali diverse da quella per cui si richiede il contributo.
* di essere stato titolare di forme di assicurazione per la responsabilità civile per danni arrecati nell’esercizio dell’attività professionali
 |
|  |
| LOCALITÀ E DATA |  | FIRMA |
|  |  |  |