**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ – FATTURE SENZA CUP**

**(Art.** **47** **D.P.R.** **28** **dicembre** **2000,** **n.** **445)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto in qualità di titolare ovvero legale rappresentante di: | |  | | | | |
| Cognome |  | | Nome |  | | |
| Luogo e data di nascita: | | | | | | |
| Indirizzo / sede legale: | |  | | | | |
| Comune: | | | | | Prov: | Cap: |

consapevole delle responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/00, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, così come previsto dall’art.75 del citato DPR 445/00;

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell’art.47 del citato DPR 445/00

**DICHIARA**

**Che le seguenti fatture sono riferite a spese del Progetto**      **, Bando IRISS 2019, e**

**NON vengono presentate a valere su altre agevolazioni**

**PROGETTO \_\_**     **\_\_\_\_\_\_ CUP \_\_\_\_**     **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fattura n.** | **Data** | **Fornitore** | **Importo (€)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

DICHIARA inoltre di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla “Informativa generale privacy” ai sensi dell’art. 13 del G.D.P.R.

**ESTREMI** **DOCUMENTO** **DI** **RICONOSCIMENTO** ***(di cui si allega fotocopia)***

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo di documento: | Numero documento: |
| Rilasciato da: | il: |
| Data di scadenza: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(luogo)* |  | *(data)* |

IN FEDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Timbro e Firma leggibile del rappresentante legale o del beneficiario)*