

PROGRAMMA QUADRO SALUDE & TRIGU ANNO 2024

PROSPETTO ANALITICO DELLE SPESE SOSTENUTE PER LA REALIZZAZIONE DELL'EVENTO

SPESE PER LA QUALIFICAZIONE DELL'EVENTO <i>Assistenza artistica, Supporti tecnici, Specifiche consulenze</i>				IMPORTI*
N. FATT/RICEVUTA	DATA	INTESTATARIO DEL DOCUMENTO (FORNITORE)	DESCRIZIONE	IMPORTO
SPESE PER PROMOZIONE E COMUNICAZIONE <i>Piano di comunicazione online, Digital advertising, Azioni di marketing, Comunicazione offline</i>				
N. FATT/RICEVUTA	DATA	INTESTATARIO DEL DOCUMENTO (FORNITORE)	DESCRIZIONE	IMPORTO
TOTALE				

**Indicare gli importi al netto dell'IVA nel caso il beneficiario sia assoggettato a regime IVA*

Allegare copia dei documenti di spesa come riportati nella suindicata tabella corredati di copia .

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole del fatto che la C.C.I.A.A. di Sassari procederà periodicamente alla verifica, anche a campione, dei contributi erogati e si impegna a rendere disponibile tutta la documentazione relativa al contributo ottenuto.

Luogo e data

Firma del titolare/legale rappresentante



DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ DEI DOCUMENTI PRESENTATI IN COPIA

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante di _____
con sede in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
Codice fiscale/ Partita IVA _____ Telefono _____
Email _____ PEC _____

Con la presente, consapevole della responsabilità penale prevista dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi:

DICHIARA

che i suindicati documenti, di cui allega copia, sono conformi all'originale.

Data _____

Firma* _____

**Si allega in copia documento d'identità.*