  

**Allegato 4-ter**

**ATTESTAZIONE SUI PAGAMENTI CUMULATIVI**

**(caso b)**

**Strategia d’Area: “.....................................”**

**Titolo Intervento: “.....................................”**

**CUP: .....................................**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell’Ente/Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soggetto Beneficiario/Attuatore dell’Intervento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 dello stesso decreto, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione di atti falsi e di uso degli stessi, nonché delle conseguenze amministrative che possono derivare da tali comportamenti**

**DICHIARA CHE**

nelle disposizioni cumulative, relative ai periodi da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riferite ai versamenti/pagamenti [SPECIFICARE es: delle ritenute previdenziali, fiscali ed assistenziali e degli oneri erariali, o degli stipendi, o altro…] effettuati con [SPECIFICARE es: mandato di pagamento cumulativo, o modello di pagamento unificato F24, o altro…] del gg/mm/aa, di importo pari a euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sono comprese le quote parte riferite ai seguenti dipendenti/personale esterno dell’Ente[SPECIFICARE soggetto Beneficiario/Attuatore], imputati all’Intervento, come di seguito riportato:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **matricola** |
|  |  |
|  |  |

Si rilascia la presente dichiarazione per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmato digitalmente

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*