LETTERA LIBERATORIA DI QUIETANZA DA RILASCIARSI A CURA DEL VENDITORE.

(Intestazione ditta venditrice) **(1)**

Alla ditta acquirente **(2)**

La sottoscritta ditta fornitrice, con la presente lettera liberatoria, DICHIARA che **(3)** , riportati nella nostra fattura/e :

n. fattura	data	imponibile	IVA	Totale importo
TOTALE				

sono stati integralmente pagati e che la nostra ditta non vanta sui medesimi alcun diritto di prelazione, patto di riservato dominio o privilegio di alcun tipo.

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che quanto descritto nella/e fattura/e sopraccitata/e è nuovo di fabbrica, conforme agli ordini di fornitura e funzionante.
- Che il prezzo riportato nella fattura/e è quello effettivamente pattuito, al netto di ogni sconto o abbuono.
- Che il pagamento della/e medesima/e è stato effettuato a mezzo di:

Fattura numero e data	Modalità di pagamento	Banca	Numero operazione	Data di emissione	Totale importo
TOTALE					

Firma e timbro

Data _____

- (1) le quietanze dovranno essere rilasciate obbligatoriamente su carta intestata o timbrata della ditta venditrice.
 (2) indicare ragione sociale e sede della ditta acquirente.
 (3) descrivere la merce venduta o i servizi forniti

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato
a _____ prov. (____), il _____
residente a _____ prov.(____), in Via
_____ n. _____, estremi domanda di aiuto (riportati nella
lettera di concessione del contributo inviata dalla Regione Umbria): data _____ n.
protocollo _____

consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false e della conseguente
decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

quanto segue in relazione alla domanda di aiuto presentata in data _____, relativa
al Disciplinare 2 - "Compensazione per mancato guadagno in caso di malattia e di infortunio sul
lavoro", del bando approvato per l'annualità 2014:

- Inizio malattia/infortunio: dal _____ al _____
- Prosieguo malattia/infortunio: dal _____ al _____
- Fine malattia/infortunio: data _____

- certificato medico rilasciato in data _____ dal Dott.: _____
- trattandosi di infortunio, il periodo indennizzato dall'INAIL va dal _____ al
_____ e che l'indennità totale liquidata dallo stesso Istituto è pari a €
_____.

Dichiara, infine, che i documenti originali (certificati di inizio malattia - prosieguo malattia - fine
malattia - denuncia di infortunio - prospetto di liquidazione e indennità e rimborso spese INAIL –
originale della domanda di aiuto se trasmessa tramite fax - ogni documento oggetto di
dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000) sono conservati nel fascicolo aziendale depositato
presso _____ ai fini dei controlli previsti dal bando.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in
materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente
dichiarazione viene resa.

Data _____

(firma del/la dichiarante)

N.B. Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del
dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del
dichiarante all'ufficio competente.