## Allegato 2: Certificazione perdite

## Avviso Benessere Calabria

***Certificazione del Professionista abilitato avente ad oggetto le perdite di fatturato maturate a causa del Covid19.***

Il sottoscritto ……….………………… nato a …….……… prov. ……….., il …..…………., residente in ………………….. via ……………………. n……., con studio professionale in …….…………… Via ……………….. n. ………., iscritto all’Ordine degli ………………… della Provincia di ……….………. al n……., in seguito all’incarico conferitogli dalla ditta/società ………………. con sede legale in ……………… via ………………… e sede operativa in …………….via………………

**CERTIFICA**

* Che le perdite di fatturato maturate dal gestore dell’impianto termale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui in premessa nel periodo che decorre dal 1 gennaio 2020 fino alla data odierna sono pari a Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Che le perdite di fatturato sopra indicate corrispondono al \_\_\_% del contributo complessivo concesso;
* Che le perdite sopra indicate, sono state quantificate mediante il confronto tra il fatturato maturato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e il fatturato dello stesso periodo riferito all’anno 2019, come rilevabile dai relativi registri IVA;
* Che i costi di adattamento e sanificazione connessi alla riapertura, inclusi nel fatturato, sono pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Inoltre, il sottoscritto **dichiara** che, in relazione all’analisi storica del fatturato aziendale, le perdite sopra certificate, possono considerarsi definitive su base annua.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….…………………….Luogo e data |  |