REGIONE CALABRIA	REPUBBLICA ITALIANA

Dichiarazione professionista abilitato

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 ………………………………………………………………………… Titolare di:

- ◯ AGENZIA DI VIAGGIO E TURISMO
- ◯ TOUR OPERATOR
- ◯ AGENZIA DI VIAGGIO E TURISMO E TOUR OPERATOR

Denominata ____ (Casa Madre)/(Filiale)/(Unica) con sede in ____ Comune ____________________________________ prov. ________ cap ________ tel. ______________________________ e-mail ____

(Filiale) con sede in ____ Comune _______________________________________ prov. ________ cap __________ tel. ______________________________ e-mail ____

(Filiale) con sede in ____ Comune _______________________________________ prov. ________ cap __________ tel. ______________________________ e-mail ____

(Filiale) con sede in ____ Comune _______________________________________ prov. ________ cap __________ tel. ______________________________ e-mail ____

(Filiale) con sede in ____ Comune _______________________________________ prov. ________ cap __________ tel. ______________________________ e-mail ____

REGIONE CALABRIA	REPUBBLICA ITALIANA

(Filiale) con sede in _____ Comune _____ prov. _____ cap _____ tel. _____ e-mail _____

(Filiale) con sede in _____ Comune _____ prov. _____ cap _____ tel. _____ e-mail _____

(Filiale) con sede in _____ Comune _____ prov. _____ cap _____ tel. _____ e-mail _____

in relazione alla Domanda di contributo presentata dall'Impresa richiedente ai sensi dell'Avviso Pubblico approvato con decreto dirigenziale n. 8588 del 13/08/2020 e successive modifiche **Dipartimento Turismo Spettacolo e beni culturali della Regione Calabria (PAC CALABRIA 2007-2013)**, finalizzata ad ottenere un contributo a fondo perduto per la sospensione dell'attività economica ai sensi dei D.P.C.M. 11 Marzo 2020 e 22 Marzo 2020, consapevole delle responsabilità penali e delle decadenze a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e/o di formazione di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

CERTIFICA

con riferimento ai dati contabili ed alle informazioni richieste ai sensi degli articoli 2.1 , 3.1 del predetto Avviso Pubblico

- Che le reali perdite di fatturato maturate dalla ditta/società di cui in premessa nel periodo che decorre dal 1 gennaio 2020 fino alla data del **31.08.2020** sono pari a Euro _____, quantificate mediante il confronto tra il fatturato maturato dal 1 gennaio 2020 fino alla data del **31.08.2020** ed il fatturato dello stesso periodo riferito all'anno precedente (2019), come rilevabile dai relativi registri IVA.

1	Importo fatturato dal 01/01/2019 – al 31/08/2019	
2	Importo fatturato dal 01/01/2020 – al 31/08/2020	
3	Differenza	

(Ai fini del presente avviso la definizione di fatturato è da intendersi il volume d'affari risultante dai relativi registri I.V.A.)

……

Luogo e data

Firma digitale del Professionista