

DA COMPILARE A CURA DEL BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO

DENOMINAZIONE

SEDE - RESIDENZA

VIA – N. CIVICO – COMUNE - PROVINCIA

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

RECAPITO TELEFONICO

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di _____

DICHIARA

1. Sotto la propria responsabilità di **ESSERE** **NON ESSERE** soggetto alla ritenuta di acconto del 4% in quanto **NON SVOLGE** attività d'impresa ai sensi e per effetti di cui all'art. 28 D.P.R. 29/09/1973 N. 600;
2. sotto propria responsabilità di aver optato per il seguente **regime IVA**.....e che pertanto la stessa risulta **DETRAIBILE** **NON DETRAIBILE**;
3. che il relativo mandato di pagamento dovrà essere versato:

a) **SUL C/C BANCARIO INTESTATO A**

NUMERO	ABI	CAB	CIN	C/O BANCA

IBAN

b) **SUL C/C POSTALE NUMERO**

INTESTATO A

IBAN

DATA

TIMBRO E FIRMA