**DICHIARAZIONE INTEGRATIVA**

a richiesta contributo Fondo Sociale Regionale anno 2024

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione dell’Ente Gestore della struttura |  |
| Codice fiscale |  |
| Partiva Iva |  |
| Indirizzo mail |  |
| Recapito telefonico |  |
| **Dichiara di essere soggetto alla ritenuta del 4% (ex art. 28 c.2 DPR 600/73):**  Si  No | |
| Codice IBAN per l’accredito del contributo:  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma del Dichiarante