

**Modello 03**

**INTERVENTI FINANZIATI CON RISORSE B.I.M.**

**ACCORPAMENTI**

**RENDICONTAZIONE E RICHIESTA EROGAZIONE**

La/Il sottoscritta/o

nata/o a

il

C.F.

In qualità di

del Comune di

**CHIEDE**l'erogazione delle seguenti risorse B.I.M. **accorpate**:

| RISORSA              | IMPORTO RICHIESTO    |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| RISORSA | IMPORTO RICHIESTO |
|---------|-------------------|
|         |                   |
|         |                   |

a finanziamento dell'opera/investimento denominato:

A tal fine, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

- che la spesa è stata impegnata con:

| ATTO IMPEGNO SPESA | N. | DATA | BENEFICIARIO (ragione sociale) | IMPORTO (Iva inclusa) € | ESERCIZIO DI ESIGIBILITÀ |
|--------------------|----|------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|
|                    |    |      |                                |                         |                          |
|                    |    |      |                                |                         |                          |
|                    |    |      |                                |                         |                          |
|                    |    |      |                                |                         |                          |
|                    |    |      |                                |                         |                          |
|                    |    |      |                                |                         |                          |
|                    |    |      |                                |                         |                          |

| <b>ATTO<br/>IMPEGNO<br/>SPESA</b> | <b>N.</b> | <b>DATA</b> | <b>BENEFICIARIO (ragione<br/>sociale)</b> | <b>IMPORTO<br/>(Iva<br/>inclusa) €</b> | <b>ESERCIZIO<br/>DI<br/>ESIGIBILITÀ</b> |
|-----------------------------------|-----------|-------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                   |           |             |                                           |                                        |                                         |
|                                   |           |             |                                           |                                        |                                         |

\* specificare se indicato Altro

|  |
|--|
|  |
|--|

- che gli estremi della/e fattura/e del/i fornitore/i sono le seguenti:

| <b>FORNITORE – RAGIONE SOCIALE</b> | <b>N. FATTURA</b> | <b>DATA</b> | <b>IMPORTO<br/>FATTURA (iva<br/>inclusa) €</b> |
|------------------------------------|-------------------|-------------|------------------------------------------------|
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |
|                                    |                   |             |                                                |

- che i corrispettivi dovuti sono stati pagati con mandato/i di pagamento:

| DOCUMENTO | N. | DATA | BENEFICIARIO – RAGIONE SOCIALE | IMPORTO € |
|-----------|----|------|--------------------------------|-----------|
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |
|           |    |      |                                |           |

- che la tutta la documentazione, come in sopra dichiarata, è conservata presso l'amministrazione rappresentata;
- di assumere l'impegno alla produzione, se e in quanto richiesto, di copia della suddetta documentazione.

Data

FIRMA DEL DICHIARANTE<sup>1</sup>

.....

---

<sup>1</sup>In caso di firma autografa allegare copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante.