

MODELLO DI RENDICONTO RELATIVO AL CONTRIBUTO 5 PER MILLE DESTINATO AGLI ENTI DEL TERZO SETTORE (Mod. A)

Anagrafica

Denominazione sociale COMUNE DI ANDORA
(eventuale acronimo e nome esteso)

C.F. dell'Ente 00135420099
con sede nel Comune di ANDORA prov SV

CAP 17051 via CAVOUR 94

telefono 0182/68111 email protocollo@comunediandora.it

PEC _____

Rappresentante legale MATTIA POGGIO C.F. PGGTTT87E19D600P

Rendiconto anno finanziario 2023

Data di percezione del contributo 25/07/2023

IMPORTO PERCEPITO 1414,36 EUR

1. Risorse umane _____ EUR

(rappresentare le spese nella relazione illustrativa a seconda della causale, per esempio: compensi per personale; rimborsi spesa a favore di volontari e/o del personale).

2. Spese di funzionamento _____ EUR

(rappresentare le spese nella relazione illustrativa a seconda della causale, per esempio: spese di acqua, gas, elettricità, pulizia; materiale di cancelleria; spese per affitto delle sedi; ecc.)

3. Spese per acquisto beni e servizi 1414,36 EUR

(rappresentare le spese nella relazione illustrativa a seconda della causale, per esempio: acquisto e/o noleggio apparecchiature informatiche; acquisto beni immobili; prestazioni eseguite da soggetti esterni all'ente; affitto locali per eventi; ecc.)

4. Spese per attività di interesse generale dell'ente

(rappresentare le spese nella relazione illustrativa a seconda della causale)

4.1 Acquisto di beni o servizi strumentali oggetto di donazione _____ EUR

4.2 Erogazioni a proprie articolazioni territoriali e a soggetti collegati o affiliati _____ EUR

4.3 Erogazioni ad enti terzi _____ EUR

4.4 Erogazioni a persone fisiche _____ EUR

4.5 Altre spese per attività di interesse generale _____ EUR

5. Accantonamento _____ EUR

(è possibile accantonare in tutto o in parte l'importo percepito, fermo restando per il soggetto beneficiario l'obbligo di specificare nella relazione allegata al presente documento le finalità dell'accantonamento. Il soggetto beneficiario è tenuto ad utilizzare le somme accantonate e ad inviare il modello relativo all'accantonamento entro 36 mesi dalla percezione del contributo)

TOTALE 1414,36 EUR

I soggetti beneficiari sono tenuti a redigere, oltre al presente modello di rendiconto, una relazione che illustri in maniera esaustiva l'utilizzo del contributo percepito e un elenco dei giustificativi di spesa. Si rammenta che i giustificativi di spesa non dovranno essere trasmessi, bensì conservati presso la sede dell'ente ed esibiti qualora il Ministero ne faccia richiesta.

ANDORA, Li 21/02/2024

Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)

Il rappresentante legale, con la sottoscrizione del presente rendiconto:

- Dichiarare che le spese inserite non siano già state imputate ad altri contributi pubblici o privati (c.d. divieto di doppio finanziamento a valere sulla stessa spesa), se non per la parte residua;
- Attestare l'autenticità delle informazioni contenute nel presente documento e la loro integrale rispondenza con quanto riportato nelle scritture contabili dell'organizzazione, consapevole che, ai sensi degli articoli 47 e 76 del d.P.R. n. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi ovvero ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Il presente rendiconto, inoltre, ai sensi dell'articolo 46 del citato d.P.R. n. 445/2000, deve essere corredato da copia semplice di un documento di identità in corso di validità del soggetto che lo abbia sottoscritto.



Firma del rappresentante legale (per esteso e leggibile)


REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
CARD OF IDENTITY / NATIONALITY
#INDOER

CA588550M



COGNOME / SURNAME
POGGIO
RENDE / NAME
WALTER
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
FINALE LIGURE (SV) 19.05.1987

SESSO **STATURA** **CITTA' DI NASCITA**
SEX **HEIGHT** **NATIONALITY**
M **180** **ITA**

EMMISSIONE / ISSUANCE **SCADENZA / VALIDITY**
22.03.2023 **19.05.2032**

FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE




551320


REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
REGIONAL HEALTH CARD




Codice Fiscale **PGGMTS7E19D600P** **Sesso** **M**

Cognome **POGGIO**

Nome **WALTER**

Luogo di nascita **FINALE LIGURE**

Data di scadenza **09/09/2027**

Data di nascita **19/05/1987**

Provincia **SV**

Dati sanitari regionali
REGIONE LIGURIA

