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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo_Comune1 | Comune di OlivadiProvincia di CatanzaroVia Roma, 2 🕿 0967633077 - Fax 0967955942P.I. Comune 00362830796 C.F. 85000330796[www.comune.olivadi.cz.it](http://www.comune.olivadi.cz.it) – info: sindacolivadi@libero.it | comuniVirtuosiHeader |

 |

**ALLEGATO A Categoria art. 1 punto 2, lett. a)**

Art 1 punto 2 lett. a Avviso pubblico: **Intraprendere nel Comune di Olivadi un’attività imprenditoriale (commerciale, artigianale, agricola, professionale etc).** Contributo una tantum € 20.000,00

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERI** | **PUNTEGGIO** | **PUNTEGGIO MAX** |
| sostenibilità della tipologia di attività imprenditoriale che si intende avviare, privilegiando attività nel campo artigianale eturistico | **Bassa – Punti 5 Media – Punti 15 Alta – Punti 25** | **25 PUNTI** |
| età delbeneficiario | **< 50 ANNI -PUNTI 20****>50 ANNI - PUNTI 10** | **20 PUNTI** |
| eventuale numero componenti il nucleo familiare | **5** punti ogni componente del nucleo familiare che si trasferisce | **25 PUNTI** |
| numero anni minimo per i quali ilbeneficiario si impegna amantenere la residenza e domicilio | **< ANNI 5 – PUNTI 0****>ANNI 5 < ANNI 10 -PUNTI 5****>ANNI 10 – PUNTI 10** | **10 PUNTI** |
|  | **Totale punteggio** | **80 PUNTI** |

La soglia minima di punteggio che deve conseguire la richiesta per accedere al finanziamento è di 40 punti.

**DICHIARAZIONE**

**ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n°445**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di partecipare all’AVVISO PUBBLICO Fondo per lo sviluppo delle montagne italiane (FOSMIT) – parte regionale, annualità 2022 e 2023. Bando “Abita Borghi Montani Calabria”**

**A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**

**DICHIARA**

1. di aver compiuto la maggiore età;
2. il partecipante deve impegnarsi a trasferire la propria residenza e domicilio stabile nel Comune di Olivadi entro 90 giorni dalla comunicazione di accoglimento della propria domanda di accesso al beneficio di cui al presente avviso e a mantenerla almeno per cinque anni;
3. provenire dal Comune di ………………………………… (Comune italiano con popolazione superiore ai 5.000 abitanti e/o provenire da altra Nazione).
4. che intende trasferire la propria residenza e domicilio stabile nel Comune di Olivadi volendo intraprendere nel Comune di Olivadi un’attività imprenditoriale (commerciale, artigianale, agricola, professionale etc) con l’obbligo a mantenere l'attività nel territorio comunale almeno per un quinquennio dalla data risultante dalla dichiarazione di inizio attività nel territorio comunale, pena la revoca del contributo con addebito delle eventuali procedure di riscossione;
5. di aver appreso e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni previste dall’Avviso pubblico;
6. di essere a conoscenza del fatto che il contributo è soggetto a decadenza totale, tra l’altro, nel caso risultino rese e sottoscritte false dichiarazioni nella domanda di richiesta del contributo;

**DICHARA CHE LA NUOVA ATTIVITA’ AVRA’ LE SEGUENTI CARATTERISTICHE**

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO PREMIALI** |  |
| **Nuova attività nel campo artigianale e turistico** |  **SI** |  **NO** |
| **Età del beneficiario****Max 20 punti** | * **< 50 anni**
* **> 50 anni**
 | **20 punti****10 punti** |
| **eventuale numero componenti il nucleo familiare** | **5 punti ogni componente del nucleo familiare che si trasferisce** | **Num. Componenti****………………….****Max 25 punti** |
| **numero anni minimo per i quali il beneficiario si impegna a mantenere la residenza e domicilio** | * **Anni 5**
* **> anni 5 < 10 anni**
* **Anni 10**
 | **0****5****10** |

**DATI IBAN PER EROGAZIONE CONTRIBUTO**

IBAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conto presso [ ] Poste Italiane ovvero [ ] Istituto di Credito

***Sono espressamente escluse forme di pagamento diverse (es. su carte di credito o carte prepagate)***

Olivadi, lì

***FIRMA***

*Con la firma apposta in calce, il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di autorizzare il trattamento dei dati personali nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).*