Spett.le A.S.D.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICAZIONE E RICEVUTA RILASCIATA DAL PERCIPIENTE DEL COMPENSO DA LIQUIDARE PER PRESTAZIONE TECNICO – SPORTIVA DILETTANTISTICA

Spesa finanziata da Sport e Salute S.p.A. per il progetto:

Sport Terapia Integrata

CUP: J59I22001590001

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il Codice Fiscale

residente in via/piazza

n. civico cap mail

codice IBAN

chiede alla Società il compenso di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per l’attività svolta nelle giornate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il progetto Sport Terapia Integrata

**CERTIFICA AI FINI FISCALI**

*Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art. 76 D.P.R. 445/2000 ed art. 489 C.P.)*

*(barrare e completare il punto pertinente)*

○ di aver già percepito, nell’anno 2023, compensi di natura sportiva dilettantistica, da soggetti diversi dalla ASD per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

○ di non avere percepito, nell’anno 2023, alcun compenso di natura sportiva dilettantistica da altri soggetti diversi dalla ASD;

Luogo e data / /2023 (firma leggibile)

La Società dichiara di aver corrisposto il compenso spettante:

○ bonifico bancario (allegare copia bonifico bancario)

○ contanti

Timbro e firma