

MODELLO PER LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

(su carta intestata del soggetto beneficiario da presentata entro 60 giorni la conclusione dell'iniziativa)

Spett.le Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

Oggetto: richiesta liquidazione contributo di € _____ per
l'avvenuta realizzazione di _____
approvato con deliberazione del Comitato Centrale n° ___/___ del ___.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ a _____ il

_____ codice fiscale _____

in qualità di Legale Rappresentante dell' _____ dell'OMCe

_____ con sede legale in via _____,

telefono n° _____, pec/mail

_____, codice fiscale e/o partita IVA

_____, per la quale assume piena

responsabilità, chiede la liquidazione del contributo assegnato dalla FNOMCeO per quanto in oggetto.

A tal fine allega alla presente:

- relazione finale dettagliata sull'attività svolta (su carta intestata del soggetto beneficiario, inclusiva di tutte le caratteristiche del progetto: ad esempio durata del corso di formazione, durata del contratto di lavoro interinale, tipologia di

computer acquistati, nonché la procedura adottata per l'individuazione del creditore del servizio/fornitura/lavori e/o la procedura concorsuale adottata per l'individuazione del personale a tempo determinato assunto;

- consuntivo finale (ALLEGATO C) delle entrate e delle spese comprensivo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal legale rappresentante, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, corredata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità e con l'allegazione della documentazione fiscale (Fatture elettroniche, ricevute fiscali);

Luogo e data

Il Legale Rappresentante