

MODELLO PER LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO A2

(su carta intestata del soggetto beneficiario da presentare entro 60 giorni dalla 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 € _____ approvato
con deliberazione del Comitato Centrale n° _____ del ____/____/____.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ in qualità di Legale Rappresentante

di _____ (specificare l'esatta

denominazione/ragione sociale dell'OMCeO, dell'Associazione, del soggetto senza

scopo di lucro), **senza scopo di lucro**, con sede legale in _____

_____ via _____,

telefono n° _____ e-mail _____,

pec _____, codice fiscale _____

_____, partita IVA _____, per

la quale assume piena responsabilità, **dichiara** che l'iniziativa denominata

_____ si è

svolta a _____ il/dal
_____ al _____ e **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 dell'evento: ad esempio durata, il n. dei partecipanti, principali destinatari, ecc.);
- **consuntivo finale delle entrate e delle spese (ALLEGATO G)** 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, e con l'allegazione della **documentazione fiscale** (Fatture elettroniche, ricevute fiscali, ecc.);
- riferimento del referente amministrativo dell'iniziativa: (nome e cognome)
_____, recapito telefonico
_____, indirizzo e-mail
_____;
- copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

N.B. Le Associazioni e i soggetti senza scopo di lucro dovranno inoltre inviare – dopo aver ricevuto comunicazione dalla FNOMCeO dell'importo finale del contributo che sarà liquidato – apposita ricevuta fiscale (a norma del D.P.R. n. 633 del 26.10.1972 art. 21), numerata e datata, intestata alla FNOMCeO, recante il codice fiscale del beneficiario e l'eventuale dichiarazione di esenzione della ritenuta d'acconto 4% - ex art. 28 2°c., D.P.R. 600/73. La ricevuta, completa di marca da bollo, va trasmessa firmata in originale a: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma.

Nel caso in cui l'Associazione possenga partita IVA, dovrà essere emessa apposita fattura

elettronica intestata alla FNOMCEO con l'indicazione del titolo di esenzione dall'IVA.

Luogo e data

Il Legale Rappresentante