**ALLEGATO 5**

**Comunicazione di avvio del Piano Aziendale**

PSR Basilicata 2014-2020 MISURA 19

SVILUPPO LOCALE DI TIPO PARTECIPATIVO - SLTP LEADER

|  |  |
| --- | --- |
| Gal | Start 2020 srl. |
| SSL | S.T.A.R.T. – Strategia Territoriale Accessibile Responsabile Turistica |
| Misura | 19 - SVILUPPO LOCALE TIPO PARTECIPATIVO - SMTP LEADER |
| Sottomisura | 19.2.B.4 Turismo Sostenibile |
| Bando/operazione | 19.2.B.4.1.C - Sistema Turismo – Linea di intervento 2 – “Azioni di Promo–Commercializzazione e di In-Formazione” |

**Area di riferimento MATERA ORIENTALE - METAPONTINO**

**Comunicazione di avvio del Piano Aziendale**

**Dichiarazione sostitutiva**

(Artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_)\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_) In Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene di cui all’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni

**.**

che il Piano Aziendale, di cui alla domanda di sostegno barcode n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, è stato regolarmente avviato, ai sensi dell’Art. \_\_\_\_\_ del bando - 19.2.B.4.1.A - Sistema Turismo –

Linea di intervento 1 – “Specializzazione dell’Offerta”

Si riportano di seguito gli estremi del pagamento eseguito:

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione del bene/servizio per cui è stato eseguito il pagamento** |  |
| **Fornitore** |  |
| **P. IVA fornitore** |  |
| **Numero fattura** |  |
| **Importo del pagamento eseguito (in euro)** |  |
| **Data del pagamento** |  |
| **Modalità di pagamento** |  |

Luogo e data Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega **copia fotostatica** del documento di riconoscimento in corso di validità