



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

Allegato C alla Delib. G.R. n. 25/19 del 03.05.2016

Oggetto: Dichiarazione di spesa e domanda di pagamento delle quote di finanziamento successive alla prima.

Anagrafica intervento e dichiarazione di spesa dell'Ente attuatore

Missione 6 Component: _____;

Titolo intervento: _____;

Modalità di esecuzione:

- Opera affidata con convenzione n. ____ rep. ____ stipulata in data _____, approvata con Determinazione del Direttore generale n. ____ del _____;

Importo del finanziamento: € _____;

Capitolo di Spesa del Bilancio Regionale: _____;

CUP: _____;

Ente: _____

con sede legale in Via _____ n. ____ Comune _____ Prov. ____

Codice fiscale _____



ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____, in qualità di Responsabile del Procedimento dell'Ente attuatore, nominato con _____ n. _____ del _____, consapevole delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, attesta che:

- l'importo delle spese sostenute a tutto il _____ è di € _____, pari al _____% di quanto già riscosso mediante i seguenti acconti:
 - acconto € _____ in data _____
 - acconto € _____ in data _____
 - acconto € _____ in data _____
 - acconto € _____ in data _____
- le informazioni contenute nella presente certificazione di spesa corrispondono al vero;
- l'intervento in questione procede conformemente al finanziamento autorizzato e alla normativa comunitaria, nazionale e regionale in vigore;
- alla presente certificazione viene allegato l'elenco sintetico dei documenti di spesa e relativi singoli importi;
- i documenti giustificativi relativi alla presente attestazione sono disponibili presso la seguente sede _____.

Il Responsabile del Procedimento

Indicare eventuali esigenze di disponibilità di cassa nei casi previsti dal punto 4 dell'allegato A alla Delib.G.R. n. 48/23 del 2.10.2018.

Il Responsabile del Procedimento



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

Il sottoscritto _____, vista l'attestazione del Responsabile del Procedimento dichiara, in qualità di legale rappresentante, ai sensi e per gli effetti della L.R. 14.5.2009, n. 1, art. 1, comma 37:

- che l'importo delle spese sostenute a tutto il _____ è di € _____, pari al _____% di quanto già riscosso con i precedenti acconti;

CHIEDE

Il pagamento della quota di € _____ relativa all'anno _____, così come previsto dal **crono programma** adottato ed approvato, con le seguenti modalità di pagamento: accreditamento sul conto di tesoreria codice IBAN _____ intestato al medesimo Ente.

Il Legale Rappresentante dell'Ente o suo delegato

Elenco sintetico delle spese e dei relativi documenti di pagamento

Descrizione spesa e documento di pagamento	Importo Euro
(es.) onorari progettazione – deliberazione/determinazione n. ____ del _____, mandato di pagamento n. __ del _____	
(es.) acconto lavori – deliberazione/determinazione n. ____ del _____, mandato di pagamento n. __ del _____	
(es.) SAL – deliberazione/determinazione n. ____ del _____, mandato di pagamento n. __ del _____	
TOTALE	