CITTA' DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

PROVINCIA DI ASCOLI PICENO

DA COMPILARE A CURA DEL BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO

DENOMINAZIONE

SEDE - RESIDENZA

VIA – N. CIVICO – COMUNE - PROVINCIA

CODICE FISCALE | **PARTITA IVA** | **RECAPITO TELEFONICO**

Il sottoscritto.....

In qualità di .....

DICHIARA

1. Sotto la propria responsabilità di ☐ **ESSERE** ☐ **NON ESSERE**

soggetto alla ritenuta di acconto del 4% in quanto **SVOLGE/NON SVOLGE** attività d'impresa ai sensi e per effetti di cui all'art. 28 D.P.R. 29/09/1973 N. 600;

2. Che il relativo mandato di pagamento dovrà essere versato:

a) **SUL C/C BANCARIO INTESTATO A**

NUMERO | **ABI** | **CAB** | **CIN** | **C/O BANCA**

IBAN

b) **SUL C/C POSTALE NUMERO** | INTESTATO A

c) **CON RIMESSA DIRETTA A:**

NOME E COGNOME | NATO A | IL

DATA

TIMBRO E FIRMA