Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Servizio Politiche sanitarie e sociosanitarie
Via Gilli, n. 4
38121 – TRENTO
serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI PROROGA DEI TERMINI
(Deliberazione della Giunta provinciale n. 713 del 15 maggio 2026
Deliberazione della Giunta provinciale n. 1271 del 12 agosto 2024
Deliberazione della Giunta provinciale n. 1980 del 14 settembre 2007)

RICHIEDENTE

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ___/___/_____

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

in qualità di:

- ❑ **legale rappresentante**
- ❑ **delegato dal legale rappresentante** (*allegare delega/procura alla compilazione e alla presentazione della domanda)*

dell'Ente (denominazione) _____

codice fiscale _____

❑ **domicilio digitale dell'Ente:**
indirizzo PEC (posta elettronica certificata) _____ _____

❑ Il richiedente dichiara di aver eletto/eleggere quale domicilio digitale l'indirizzo PEC sopra indicato, a cui si chiede vengano inviati i documenti e le comunicazioni inerenti la presente domanda

❑ **recapito elettronico:**
indirizzo di posta elettronica (email **NON PEC**) _____

CHIEDE

- la proroga, fino al giorno _____ (gg/mm/aaaa), del termine per:

❑ la presentazione della documentazione necessaria per la concessione del contributo, di cui all'art. 13 dei Criteri approvati con deliberazione della Giunta provinciale n. 713 del 15 maggio 2026;

❑ la consegna dei lavori;

❑ la rendicontazione dell'intervento*;*

❑ la conclusione dell'acquisto dell'immobile;

riferito all'intervento di _____

_____

_____

individuato con provvedimento della struttura provinciale competente n. _____ di data _____ (CUP _____).

A tal fine il sottoscritto / la sottoscritta

DICHIARA CHE

la proroga del termine è necessaria per i seguenti motivi:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Inoltre,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA CHE

IMPOSTA DI BOLLO:

❑ l'Ente è esente (indicare la causa di esenzione) _____

❑ l'Ente non è esente e ha adempiuto

- ❑ mediante pagamento del contrassegno apposto sulla domanda

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione del Servizio Politiche sanitarie e sociosanitarie n. 11560 di data 21/10/2026

❑ mediante pagamento del contrassegno telematico, di cui si riportano gli estremi:
giorno e ora di emissione: _____
identificativo di 14 cifre:_____

❑ la domanda è trasmessa da un indirizzo PEC iscritto in INI-PEC, IPA o INAD

❑ **dichiara infine** di aver preso visione dell'informativa privacy messa a disposizione dall'amministrazione provinciale alla pagina internet dedicata sul portale istituzionale della Provincia autonoma di Trento

Luogo e data FIRMA[1]

……...……. .....……..…….....……

Allega la seguente documentazione:
❑ fotocopia del documento d'identità del richiedente (solo se la domanda è sottoscritta con firma **autografa** e inviata tramite servizio postale o posta elettronica)
❑ (*eventuale*) delega/procura alla compilazione e alla presentazione della domanda e relativa informativa privacy sottoscritte dal delegante

1 La sottoscrizione della domanda, così come il documento di identità, non sono necessari nel caso di trasmissione da un indirizzo PEC iscritto in INI-PEC, IPA o INAD, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 65 del codice dell'amministrazione digitale.

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione del Servizio Politiche sanitarie e sociosanitarie n. 11560 di data 21/10/2026