Oggetto: **DICHIARAZIONE QUIETANZA LIBERATORIA DEL FORNITORE/PRESTATORE DI SERVIZI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Spett.le

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |

­­­­­­­­­­­­­­ |
| Il sottoscritto Cognome |       | Nome |       |
| In qualità di      *(titolare,legale rappresentante ecc.):*  | della Impresa:       |
| Indirizzo / sede legale: |       |
| Comune:       | Prov:       | Cap: |
| Codice fiscale:       | Partita IVA:       |

In riferimento al **PROGETTO N**.      **,** del PO–FEAMP, relativamente alle prestazioni / forniture richieste dalla società in indirizzo ed in riferimento alle fatture di seguito elencate, consapevole della responsabilità penale prevista dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**D** **I** **C** **H** **I** **A** **R** **A:**

*(barrare la casella):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | * che le sottoelencate fatture / ricevute / buste paga, emesse per le prestazioni/forniture di cui all’incarico ricevuto, sono state regolarmente pagate;
 |
|    | * che per esse non esiste alcuna ragione di credito o accordi che prevedano successive riduzioni di prezzo o fatturazioni a storno;
 |
|  | * che non vantiamo, peraltro, iscrizioni di privilegio o patto di riservato dominio ai sensi degli artt. 1524 e 1525 C.C. nei confronti della società in indirizzo;
 |
|  | * che le modalità di pagamento sono state le seguenti:
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **Estremi del pagamento** |
| **Fattura n.** | **Data** | **Fornitore** | **Importo (€)** | **Modalità** | **del** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|        |  |       |
| *(luogo)* |  | *(data)* |

IN FEDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Timbro e Firma leggibile del rappresentante legale)*