Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale/p.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

con riferimento alle restrizioni disposte dalle Autorità di governo e allo stato di emergenza da COVID-19 in atto

DICHIARA

di non aver potuto assolvere nei tempi agli obblighi contrattuali precedentemente assunti per motivi imprevedibili e indipendenti dalla volontà e capacità aziendale.

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

(data) (firma del legale rappresentante)

**Allegare:**

* fotocopia documento di identità del legale rappresentate
* ricevuta bonifico bancario del versamento pari a € 3,00 con CRO **intestato a** “Camera di Commercio di Trapani”al **CODICE IBAN:** IT55X0200816404000300768769**, inserendo la CAUSALE:** INFORCENTER - ATTESTAZIONE SUSSISTENZA CAUSA FORZA MAGGIORE EMERGENZA COVID-19

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione Informativa sul trattamento dei dati personali al seguente link* <https://bit.ly/privacy-CCIAA-TP>

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

(data) (firma del legale rappresentante)