**AGEVOLAZIONI TRIBUTARIE 2020 PER COVID – 19**

Il/La sottoscritto/a NOME ……………………………………………… COGNOME ……………………………………………….

Nato/a a ………………………………………… Prov. …………………. Paese nascita ……………………………………

Il …………… /………….. /…………………, Codice Fiscale …………………………………………………… Telefono ……………………

In qualità di titolare/legale rappresentante dell’impresa:

|  |  |
| --- | --- |
| Ditta Individuale/Ragione o Denominazione Sociale |  |
| Forma Giuridica |  |
| Sede Legale Via |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| CAP |  |
| Codice Fiscale |  |
| P. IVA |  |
| Numero REA |  |
| CCIAA Provincia Di |  |
| Codice ATECO (attività prevalente) |  |
| MAIL |  |
| PEC |  |
| Telefono |  |
| Cellulare |  |

**CHIEDE di poter accedere alle seguenti agevolazioni tributarie per l’anno 2020:**

**TASSA PER LE OCCUPAZIONE DI SPAZI ED AREE PUBBLICHE (TOSAP).**

***Deliberazione di Consiglio Comunale n. 15 del 04/06/2020***

1. **Compensazione** Tosap anno **2021** con maggior versamento effettuato nel 2020 per **Esenzione** TOSAP **nei giorni di chiusura dell’attività, e periodo 1 maggio 2020 – 31 ottobre 2020** per le attività di pubblico esercizio di cui all’art. 5 della legge n. 287/1991

*(Termine ultimo per la richiesta* ***31 gennaio 2021****)*

A tal fine, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e s.m.i., nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti all’esito del provvedimento emanato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 citato,

**DICHIARA *(le condizioni per usufruire dell’agevolazione sono alternative, ma possono ricorrere entrambe)***

|  |
| --- |
|  |

Di essere titolare di reddito di impresa, arte, o professione e ai fini della determinazione della classe dimensionale di appartenenza, conformemente a quanto previsto nell’allegato 1 al Regolamento (CE) n. 651/2014 del 17 Giugno 2014, pubblicato in GUUE L 187 del 26 Giugno 2014, l’impresa è una **MICROIMPRESA** (ovvero occupa meno di 10 unità lavorative e realizza un fatturato annuo e/o un totale di bilancio annuo non superiori a 2 milioni di Euro);

L’attività dichiarata è stata sospesa per effetto dei D.P.C.M. 11 Marzo 2020 e 22 Marzo 2020 e s.m.i. e/o delle Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale della Campania, emanate nell’ambito dell’emergenza COVID-19, e non ha avanzato richiesta di deroga alla competente Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo, di cui all’art .1 comma 1 lettere d) e g) del D.P.C.M. 22 Marzo 2020 e s.m.i.;

L’Attività è stata chiusa per il periodo:

dal …………………… al ……………………; dal ………………………. al ………………………..; dal …………………….. al

………………………..; dal …………………… al ……………………; per un totale di ………………. giorni lavorativi;

|  |
| --- |
|  |

Di esercitare una delle attività di cui all’art. 5 della legge n. 287/1991

**Dichiara inoltre**

* di essere consapevole che la presentazione della presente richiesta nei termini indicati al precedente punto 1 è condizione necessaria per poter fruire dell’agevolazione prevista.

**Allego documento in corso di validità**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**