

MODELLO M19 - Dichiarazione ore impiegate su diversi progetti

POR Puglia FESR-FSE 2014-2020
Asse prioritario 1 - Ricerca, sviluppo tecnologico, innovazione – Sub-Azione 1.4.b
Bando INNOLABS - "SOSTEGNO ALLA CREAZIONE DI SOLUZIONI INNOVATIVE FINALIZZATE A SPECIFICI
PROBLEMI DI RILEVANZA SOCIALE"

DENOMINAZIONE BENEFICIARIO	
-----------------------------------	--

Dichiarazione Sostitutiva di ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI del DPR n. 445 del 28/12/2000 Art. 47

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Legale Rappresentante della _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che nel periodo che va dal _____ (data avvio) al _____ (data fine),
 è stata svolta l'attività relativa al Progetto _____ finanziato dal POR Puglia FESR-FSE 2014-2020 – Asse prioritario 1 -
 Ricerca, sviluppo tecnologico, innovazione – Sub-Azione 1.4.b - Bando INNOLABS,
 che il personale rendicontato, nello stesso periodo è stato impiegato anche in altri progetti che hanno beneficiato di altre agevolazioni
 pubbliche.

Di seguito si riporta la tabella analitica con l'indicazione delle ore mensili lavorate su ciascun progetto dal personale interessato nel
 suddetto periodo.

Tabella da ripetere per ciascun dipendente

Nominativo dipendente									
MESE / ANNO	A	B	C	D	E	F	G	H	CONTROLLO
	ORE LAVORATE PROGETTO (BANDO __1)	ORE LAVORATE PROGETTO (BANDO __2)	ORE LAVORATE PROGETTO (BANDO __3)	ORE LAVORATE PROGETTO (BANDO __4)	ORE LAVORATE PROGETTO (BANDO	TOTALE ORE LAVORATE NEI DIVERSI PROGETTI (somma da A ad E)	TOTALE ORE LAVORATE NEL MESE	* DIFFERENZA ORE -/+ (= F - G)	
ANNO ____									
GENNAIO						0,00		0,00	SI
FEBBRAIO						0,00		0,00	SI
MARZO						0,00		0,00	SI
APRILE						0,00		0,00	SI
MAGGIO						0,00		0,00	SI
GIUGNO						0,00		0,00	SI
LUGLIO						0,00		0,00	SI
AGOSTO						0,00		0,00	SI
SETTEMBRE						0,00		0,00	SI
OTTOBRE						0,00		0,00	SI
NOVEMBRE						0,00		0,00	SI

DICEMBRE						0,00		0,00	SI
ANNO									
GENNAIO						0,00		0,00	SI
FEBBRAIO						0,00		0,00	SI
MARZO						0,00		0,00	SI
APRILE						0,00		0,00	SI
MAGGIO						0,00		0,00	SI
GIUGNO						0,00		0,00	SI
LUGLIO						0,00		0,00	SI
AGOSTO						0,00		0,00	SI
SETTEMBRE						0,00		0,00	SI
OTTOBRE						0,00		0,00	SI
NOVEMBRE						0,00		0,00	SI
DICEMBRE						0,00		0,00	SI
ANNO									
GENNAIO						0,00		0,00	SI
FEBBRAIO						0,00		0,00	SI
MARZO						0,00		0,00	SI
APRILE						0,00		0,00	SI
MAGGIO						0,00		0,00	SI
GIUGNO						0,00		0,00	SI
LUGLIO						0,00		0,00	SI
AGOSTO						0,00		0,00	SI
SETTEMBRE						0,00		0,00	SI
OTTOBRE						0,00		0,00	SI
NOVEMBRE						0,00		0,00	SI
DICEMBRE						0,00		0,00	SI

* ATTENZIONE SE IL VALORE DELLA COLONNA "H" E' POSITIVO SI E' RENDICONTATO UN NUMERO DI ORE SUPERIORE A QUELLE LAVORATE

Luogo e data _____

Timbro e firma del legale rappresentante del Soggetto beneficiario

(Allega copia del documento di identità)

