

ALLEGATO C)

Al Comune di FILADELFIA
Servizio Politiche Sociali
Corso Castelmonardo, 94
89814 FILADELFIA VV

OGGETTO: ACCORDO DI ACCREDITAMENTO per gli adempimenti connessi all'erogazione delle prestazioni sociali agevolate (assegno di maternità e nucleo familiare con almeno tre minori). Triennio 2024 – 2025 - 2026

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ codice fiscale _____ nella
sua qualità di _____ del CAF
_____ con sede legale a _____ in
via _____ n. _____ con sede operativa a _____
_____ in via _____ n. _____ recapito
corrispondenza presso:

Sede Legale - Sede Operativa

telefono _____ Posta elettronica e mail _____

Posta elettronica certificata _____ con Codice Fiscale
_____ P.Iva _____ nominativo referente per in-
formazioni _____ rappresentato, per i servizi oggetto
dell'ACCORDO, dalla SOCIETA' DI SERVIZI _____ con sede a
_____ in via _____ C.F./P.IVA_ _____
_____ con esso convenzionata, nella persona del legale
rappresentante _____ nato
_____ il _____ C.F. _____ munito
dei relativi poteri come da Statuto, di seguito denominato CAF

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

alla stipula dell'apposito "ACCORDO" in oggetto, con il Comune di FILADELFIA per la gestione degli adempimenti inerenti la richiesta e il riconoscimento di prestazioni sociali agevolate concesse dai Comuni: *assegno di maternità* da svolgere a titolo gratuito e senza alcun onere economico a carico del Comune di FILADELFIA e dei cittadini richiedenti: anni 2024- 2025 - 2026.

A tal fine, con la presente istanza di partecipazione al Bando pubblico non competitivo, di cui all'Avviso pubblico relativo,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità consapevole della responsabilità penale derivante dal rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, richiamate dagli articoli 75 e 76 del medesimo D.P.R.:

1. di aver preso visione dell'avviso pubblico e dell'ACCORDO di cui in oggetto e di accettarli integralmente;
2. che il sottoscritto CAF è iscritto alla Camera di Commercio di _____ con il seguente numero _____ e svolge attività attinenti con l'oggetto dell'avviso;
3. che medesimo CAF autorizzato svolgimento dell'esercizio di fiscale decreto del Ministero delle Finanze n. _____;
4. che il CAF è iscritto al n. _____ dell'ALBO nazionale dei Centri di Assistenza Fiscale per i lavoratori dipendenti istituito presso il Ministero delle Finanze;
5. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all'articolo 80 del D.Lgs. n. 50/2016 "Codice dei Contratti" e di qualsivoglia causa di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione;
6. che il sottoscritto CAF dispone di una struttura organizzativa e tecnica idonea a garantire un'efficace gestione del servizio indicato nell'avviso pubblico;
7. che il personale impiegato nel servizio in oggetto sarà adeguatamente formato;
8. che il sottoscritto CAF ha contratto regolare polizza di responsabilità civile rischi verso terzi presso la compagnia assicuratrice _____ n. Polizza _____ del _____ con scadenza _____;
9. che il sottoscritto CAF si obbliga ad attuare a favore dei propri lavoratori dipendenti, condizioni retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti di lavoro e dagli accordi locali integrativi degli stessi, applicabili alla categoria e nella località in cui si svolge il servizio:
 - ↳ contratto applicato _____
 - ↳ INAL codice ditta _____ PAT _____
 - ↳ INPS matricola azienda _____ sede INPS _____
10. che il sottoscritto CAF è in possesso di DURC regolare non scaduto;
11. che il CAF è dotato di autorizzazione alla firma digitale per la firma dell'accordo (ex L. 9/2014);

12. che il CAF ha , o s'impegna ad avere entro 30 gg. dalla sottoscrizione, una sede operativa sul territorio del Comune di FILADELFIA, aperta al pubblico nei seguenti giorni e orari:

- a) sede di via _____ referente _____ C/F _____ n.
tel. _____ mail _____
- b) sede di via _____ referente _____ C/F _____ n.
tel. _____ mail _____
- c) sede di via _____ referente _____ C/F _____ n.
tel. _____ mail _____
- d) sede di via _____ referente _____ C/F _____ n.
tel. _____ mail _____

SI IMPEGNA

a fornire le ulteriori notizie, informazioni e documentazioni richieste per il prosieguo della procedura e a comunicare tempestivamente ogni modifica dei dati sopra indicati.

PRENDE ATTO

- che i dati sopra riportati, forniti in occasione della presentazione dell'istanza di partecipazione, saranno trattati esclusivamente ai fini dello svolgimento dell'attività istituzionale del Comune di FILADELFIA, ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 196/03 e s.m.i.;
- che tali dati sono richiesti in virtù di espresse disposizioni di legge e di regolamento;
- che in relazione trattamento dei predetti dati, i concorrenti possono esercitare i diritti cui alla predetta legge;
- che la comunicazione dei predetti dati ha natura di onere al fine di poter partecipare all'avviso pubblico in oggetto;
- che un eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità per l'Amministrazione di accogliere la presente istanza.

Data _____

II DICHIARANTE - LEGALE RAPPRESENTANTE CAF

ALLEGATI:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore/i ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000
- delega (se dovuta) del CAF Nazionale alla sottoscrizione dell'accordo, corredata da copia dei documenti di identità del delegante e del delegato;
- copia provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'assistenza fiscale;
- copia polizza assicurativa.