

**Modello di partecipazione manifestazione di interesse
convenzione ANF-MAT concessi dal comune 2018
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**

SETTORE N. 04 SERVIZI ALLA PERSONA-
SOCIOSANITARIO
Via MOZART, 63
76123 ANDRIA
sociosanitario@cert.comune.andria.bt.it

Oggetto: Convenzione anno 2018 per l'affidamento per la raccolta e la elaborazione delle istanze competenza 2018 Assegno per il Nucleo familiare (art. 65 L. 448/1998 e s.m.i.) e Assegno di Maternità (ex art. 66 L.448/1998 e art. 74 L.151/2001) concessi dal Comune.

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di legale rappresentante del CAAF _____
ovvero soggetto giuridico convenzionato con _____

con sede legale in _____, prov. _____, via _____, n. _____,
codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____
Tel. _____, E-mail/PEC _____,
consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai
sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46, 47 del
citato D.P.R. n. 445/2000 e

PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell'Avviso per la manifestazione di interesse e nella convenzione in oggetto approvata da determinazione dirigenziale n. 353 del 13/02/2018 del Settore n. 4 Servizi alla persona - Socio sanitario - P.I.

MANIFESTA

l'interesse del soggetto suindicato a partecipare alla procedura individuata in oggetto ed a questo effetto

DICHIARA

– che il sottoscritto Legale Rappresentante è abilitato alla firma digitale e i dati relativi sono i seguenti:
La convenzione è sottoscritta con firma digitale intestata a _____,
rilasciata da _____, n. _____, valida sino al _____
_____ e non revocata.

OVVERO

– che la convenzione sarà sottoscritta dal Sig. (indicare dati anagrafici cod. fiscale e recapiti e-mail e telefonici) **delegato** e abilitato alla firma digitale i cui dati relativi sono i seguenti:

La convenzione è sottoscritta con firma digitale intestata a _____, rilasciata da _____, n. _____, valida sino al _____ e non revocata.

- che il CAAF è in possesso dei seguenti requisiti:

a) non incorre in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art 80 del D.Lgs 50/2016

b) è iscritto all'Albo dei Centri di Assistenza Fiscale

c) non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana. Di seguito indica i seguenti dati per gli accertamenti d'Ufficio:

COD. FISCALE E P. IVA : _____

INPS: SEDE DI _____ **- MATRICOLA AZIENDA** _____

INAIL: SEDE DI _____ **- CODICE DITTA** _____

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO APPLICATO _____

NUMERO DIPENDENTI IN CARICO _____

d) è iscritto alla C.C.I.A. di: _____

e) è convenzionato con l'INPS per l'attività relativa alla certificazione ISE anni _____

f) è assicurato con polizza valida per la copertura di eventuali danni provocati da errori materiali, omissioni e inadempienze commesse nella predisposizione delle pratiche di che trattasi:

Inoltre, DICHIARA:

- che l'Agenzia delle Entrate competente al quale rivolgersi per le verifiche è:

Agenzia delle Entrate di : _____

con sede in via : _____

- che il referente del Caf sul territorio di Andria è il Sig: (indicare dati anagrafici cod. fiscale e recapiti e-mail e telefonici) il quale si farà carico dell'invio dei report, provenienti anche delle altre sedi autorizzate e di seguito elencate, recanti i dati richiesti per il controllo da parte di questo settore ed il successivo

- che la sede del referente del Caf sul territorio di Andria è la seguente:

- che le ulteriori sedi che si coordineranno con il referente del caf sopra indicato sono:

- che il Responsabile dell'invio telematico dei dati all'INPS è il Sig. (indicare dati anagrafici cod. fiscale e recapiti e-mail e telefonici) _____

il quale trasmette dalla sede di _____

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data __/__/_____

FIRMATA DIGITALMENTE
DAL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CAF

N.B. La presente manifestazione di interesse, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, deve essere corredata da copia, non autenticata, del documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità.