

DA PRESENTARE SU CARTA INTESATA DEL SOGGETTO PROPONENTE CON RACCOMANDAZIONE DI NON CAMBIARE I PARAGRAFI COSI' COME IMPOSTATI MA DI COMPILARE I DATI RICHIESTI

Modello di partecipazione manifestazione di interesse

convenzione ANF-MAT concessi dal comune 2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'

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

Oggetto: Convenzione anno 2019 per l'affidamento per la raccolta e la elaborazione delle istanze competenza 2019 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 (specificare nome, cognome, nato a, il, residente a, codice fiscale)

in qualità di (specificare se Legale rappresentante, Amministratore delegato, Presidente del Consiglio di Amministrazione del CAAF):

ovvero soggetto giuridico convenzionato con il CAAF _____

Caaf 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. 1348 del 10/04/2019 del Settore n. 4 Servizi alla persona - Socio sanitario.

MANIFESTA

l'interesse del Centro di Assistenza Fiscale suindicato a partecipare alla procedura individuata in oggetto ed a questo effetto

DICHIARA

– che lo stesso è abilitato alla firma digitale e i dati relativi sono i seguenti:

La convenzione è sottoscritta con firma digitale intestata a: (indicare i dati del Legale Rappresentante)
_____, rilasciata da _____,
n. _____, valida sino al _____ e non revocata.

OVVERO IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE CON DELEGA
(allegare specifica delega a firma del Legale Rappresentante)

Il/la sottoscritto/a (specificare nome, cognome, nato a, il, residente a, codice fiscale)

in qualità di **delegato dal Caf**:

ovvero soggetto giuridico convenzionato con il CAAF _____
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

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. _____ del _____ del Settore n. 4 Servizi alla persona - Socio sanitario.

MANIFESTA

l'interesse del Centro di Assistenza Fiscale suindicato a partecipare alla procedura individuata in oggetto ed a questo effetto

DICHIARA

– che lo stesso **delegato dal Caf** è abilitato alla firma digitale e i dati relativi sono i seguenti:

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

DICHIARA ALTRESI'

– 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 n. _____

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:

(specificare il tipo di polizza)

– 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;

– che la sede del referente del Caf sul territorio di Andria è la seguente: (indicare indirizzo e recapito telefonico e e-mail) _____

– 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 _____

N.B. LA SEDE DI TRASMISSIONE INDICATA SARA' LA SEDE ABILITATA ALLA DELEGA INPS PER L'INVIO DEI DATI INFORMATICI ANF MAT CHE NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI INDENTIFICA LA DIREZIONE GENERALE DIGEN1

– di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 - 14 del Regolamento (UE) 2016/679, circa la "**Tutela delle informazioni e trattamento dei dati personali**", di averne preso visione nella Manifestazione di interesse nonché di accettarne le condizioni.

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 e dal modulo debitamente sottoscritto dell'informativa sulla Privacy completato dell'autocertificazione ""di osservare gli obblighi in tema di privacy, con particolare riferimento all'esercizio dei diritti dell'interessato e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli artt 13 e 14 del Regolamento Generale per la Protezione dei dati (RGPD) – Regolamento UE 2016/679."