

DA PRESENTARE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO PROPONENTE

**Modello di partecipazione manifestazione di interesse  
convenzione ANF-MAT concessi dal comune 2020  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**

SETTORE N. 04 SERVIZI ALLA PERSONA-  
SOCIOSANITARIO  
P.zza Trieste e Trento (Palazzo degli Uffici)  
76123 ANDRIA  
[sociosanitario@cert.comune.andria.bt.it](mailto:sociosanitario@cert.comune.andria.bt.it)

**Oggetto: Convenzione anno 2020 per l'affidamento per la raccolta e la elaborazione delle istanze competenza 2020 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 \_\_\_\_\_  
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. \_\_\_\_\_ 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 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 IN CASO DI 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 a: \_\_\_\_\_,  
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***

***1) da copia, non autenticata, del documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità e***

***2) dal modulo debitamente sottoscritto dell'informativa sulla Privacy completato***

***3) 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.""***