



COMUNE DI SENNORI
PROVINCIA DI SASSARI

Via Brigata Sassari, 13 – Tel. 079/3049200- Fax 079-3049245 - PEC
protocollo.sennori@pec.comunas.it

Al Comune di Sennori
alla c.a Responsabile Area Sociale
Via B. Sassari, 13

protocollo.sennori@pec.comunas.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per la gestione delle richieste e degli adempimenti connessi al calcolo ISEE e correlati, finalizzati all'erogazione di prestazioni sociali agevolate a favore dei cittadini residenti a Sennori.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a

_____, il _____, residente

nel Comune di _____, Provincia _____,

Via/Piazza _____ n. _____

Legale rappresentante/titolare/amministratore unico del CAF _____,

con sede nel Comune di _____, Provincia _____,

Stato _____, Via/Piazza _____,

con C.F. _____ e con P. I.V.A. numero _____,

telefono _____ fax _____, e-mail

_____@_____;

PEC (**obbligatorio**) _____@_____ ;
sede operativa

nel Comune di Sennori in via/p.zza _____ n. _____

Tel. _____, l'indirizzo di posta elettronica certificata al quale inviare tutte le comunicazioni relative alla procedura in oggetto è il seguente:

_____@_____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a stipulare con codesto Comune convenzioni disciplinanti l'attività di:

- 1. Sportello DSU /ISEE:** compilazione e rilascio della Dichiarazione Sostitutiva Unica/Certificazione ISEE;
- 2. Art. n.66 L.448/1998 Assegno maternità:** elaborazione istanze di accesso alla prestazione, inoltro al Comune per la validazione e successivo invio telematico all'INPS;
- 3. Trasmissione telematica** delle istanze dal sistema informativo dell'INPS o altro organismo competente;
- 4. Archiviazione dati** a disposizione del Comune per tutta la durata della Convenzione;

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

1. di essere autorizzato a svolgere l'attività di assistenza fiscale con autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate numero _____ del _____;
2. di essere iscritto all'albo dei CAF _____ al n. _____;
3. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 (divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione);
4. di essere iscritto presso l'INPS di _____ dal _____ con il seguente numero _____;
5. di essere iscritto presso l'INAIL di _____ dal _____ con il seguente numero _____;
 - a. Contratto applicato _____,
 - b. numero dipendenti _____,
6. di aver esaminato e di avere preso puntualmente atto di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico nonché nella Convenzione ad esso allegata accettandone, con la presente istanza, integralmente e senza riserva alcuna, i contenuti e i termini;
7. di avere le sedi operative, ubicate nel Comune di Sennori di seguito elencate: (indicare: via, numero civico, telefono, fax, posta elettronica, Pec, giorni e orari di apertura al pubblico):

8. che il nominativo del Referente incaricato per le comunicazioni inerenti il rapporto in oggetto è il seguente:

_____ tel. _____

9. di essere in possesso di Polizza Assicurativa per eventuali danni provocati da errori materiali, omissioni ed inadempienze commesse dai propri operatori nella predisposizione delle pratiche oggetto della convenzione.

Allega alla presente:

1. Copia Polizza copertura assicurativa di cui al punto 9);
2. Fotocopia documento d'identità in corso di validità del Rappresentante Legale;
3. Patto integrità firmato;
4. Atto di delega del proprio CAF Nazionale di riferimento alla sottoscrizione della Convenzione.

Luogo e data _____

Per il CAF

IL Rappresentante Legale
(timbrare e sottoscrivere o firmare digitalmente)