

ALL. 3 – MODELLO ISTANZA DI CONVENZIONAMENTO

Sottoscrivere digitalmente ed inviare all'indirizzo fiano@postemailcertificata.it

Al Sindaco del Comune di Fiano
Piazza XXV Aprile
Fiano

ISTANZA DI CONVENZIONAMENTO

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI CON IL COMUNE DI FIANO PER IL SUPPORTO ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ASSEGNI SOCIALI E AL BONUS ELETTRICO PER GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE - DISAGIO FISICO ED ALL'ISEE

Il/la sottoscritt__

<i>Dati del legale rappresentante del centro di assistenza fiscale</i>	
COGNOME NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TELEFONO – FAX	
CELLULARE	
PEC	
E MAIL	

In qualità di Legale rappresentante del CAF

<i>Dati del soggetto proponente</i>	
DENOMINAZIONE CAF	
NATURA GIURIDICA	
CODICE FISCALE	
N. ISCRIZIONE CCIAA	
AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA FISCALE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE ¹	
NUMERO ISCRIZIONE ALL'ALBO NAZIONALE DEI CAF	

¹ Indicare sede competente, luogo e data del rilascio, n. protocollo

N. POSIZIONE E SEDE INAIL COMPETENTE	
N. POSIZIONE E SEDE INPS COMPETENTE	

<i>Sede legale del CAF</i>	
INDIRIZZO-CAP.CITTÀ	
TELEFONO-FAX	
CELLULARE	
PEC	
E-MAIL	

<i>Sede operativa del CAF sul territorio comunale (eventuale)</i>	
INDIRIZZO-CAP.CITTÀ	
TELEFONO-FAX	
CELLULARE	
PEC	
E-MAIL	

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., oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti pubblici

CHIEDE

di potere stipulare con il Comune di Fiano la convenzione disciplinante l'attività di assistenza ai cittadini che intendono richiedere (barrare la casella/le caselle di interesse):

- Bonus elettrico per gravi condizioni di salute – disagio fisico
- Assegno di maternità di base (c.d assegno di maternità del Comune), ISEE.

e a tal fine

DICHIARA

- di aver esaminato e di avere preso puntualmente atto di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico nonché nello Schema di Convenzione ad esso allegato, accettandone con la presente istanza integralmente e senza riserva alcuna i contenuti e i termini;
- di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati al solo fine dell'espletamento della procedura, nell'osservanza delle norme in materia di contratti pubblici e saranno archiviati a cura dell'Ente.

Tali dati saranno comunicati e/o diffusi solo in esecuzione di specifiche disposizioni normative;

- (se del caso, altrimenti eliminare la dicitura) che il CAF per lo svolgimento di attività fiscali si avvale della Società di Servizi di seguito indicata, con la quale ha stipulato apposito contratto/convenzione n. del..... , con durata (Indicare dati Società di Servizi):

<i>Dati del soggetto proponente</i>	
DENOMINAZIONE CAF	
NATURA GIURIDICA	
CODICE FISCALE	
N. ISCRIZIONE CCHAA	
AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA FISCALE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE ²	
NUMERO ISCRIZIONE ALL'ALBO NAZIONALE DEI CAF	
N. POSIZIONE E SEDE INAIL COMPETENTE	
N. POSIZIONE E SEDE INPS COMPETENTE	

che il nominativo e i dati anagrafici Referente, che opererà per il territorio del Comune di Fiano, nel ruolo di interfaccia tra il CAF convenzionato e l'Amministrazione comunale, sono i seguenti (*INSERIRE TUTTI I DATI RICHIESTI*):

COGNOME NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TELEFONO – FAX	
CELLULARE	
PEC (<i>eventuale</i>)	
E MAIL	

- che gli Sportelli/Centri di raccolta, collegati al CAF che intende convenzionarsi, sono quelli di indicati in apposito elenco che si allega alla presente istanza, dove sono indicati i riferimenti e i recapiti di ciascuno sportello e, per ogni Sportello/Centro di raccolta, il nominativo della persona individuata come referente/responsabile dello stesso;
- che, per ogni singolo Sportello, ragione sociale, natura giuridica, codice fiscale e/o partita IVA e ogni altra informazioni richiesta, utile ai fini dei controlli amministrativi del soggetto che opera come centro affiliato del CAF Centrale, sono quelli indicati nella scheda che si allega alla presente;
- che il recapito al quale riceverà ogni informazione in ordine alla nominata procedura è il seguente:

² Indicare sede competente, luogo e data del rilascio, n. protocollo

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del CAF;
- Copia del contratto/convenzione stipulato con la Società di Servizi e fotocopia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante della Società di Servizi (eventuale);
- Elenco degli Sportelli/Centri di raccolta collegati, presenti sul territorio cittadino (eventuale);
- Schede anagrafiche degli Sportelli/Centri di raccolta collegati, con indicazione dei dati richiesti per ciascuno sportello (ragione sociale, natura giuridica, nominativo legale rappresentante, codice fiscale, partita IVA, ecc.), con allegata fotocopia dei documenti di identità in corso di validità;
- Dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 circa il possesso dei requisiti di carattere generale e specifici del soggetto che intende convenzionarsi e della eventuale Società di Servizi che svolge le attività per conto del CAF richiedente;
- Patto di integrità sottoscritto dal legale rappresentante del CAF richiedente.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura della suddetta selezione.

Lì,

Per il CAF _____

Il Rappresentante Legale _____
_____ (apporre timbro)

Per la Società di Servizi (*eventuale*)

Il Rappresentante Legale _____

_____ (apporre timbro)