**All. A – Modulo di domanda**

 **AL COMUNE DI ISERNIA**

**Servizio Welfare, Istruzione, Cultura e Sport**

**Ufficio Politiche Sociali**

***Avviso Pubblico per manifestazione di interesse rivolto ai CAF operanti sul territorio del Comune di Isernia per la stipula di una convenzione per la gestione delle richieste di assegno di maternità di base (art. 66 L. n. 448/1998 e ss.mm.ii. e art.74 D.Lgs. n. 151/2001), nonchè per l’assistenza ed il supporto all’utenza in relazione ad eventuali, ulteriori prestazioni sociali erogate o concesse dal Comune– Istanza di convenzionamento.***

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante del Centro di Assistenza Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**MANIFESTA INTERESSE**

alla stipula con codesto Comune di una convenzione per la gestione delle richieste di assegno di maternità di base (artt. 66 L. n. 448/1998 e ss.mm.ii. e 74 D.Lgs. n. 151/2001), nonchè per l’assistenza ed il supporto all’utenza in relazione ad eventuali, ulteriori prestazioni sociali erogate o concesse dal Comune.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi,

**DICHIARA**

1. che il CAF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è autorizzato a svolgere l'attività di assistenza fiscalecon autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. che il CAF è iscritto all’Albo dei CAF al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. l’insussistenza delle cause di esclusione di cui agli articoli 94, 95 e 98 del D.Lg n. 36/2023 e di qualsiasi altra causa che impedisca, ai sensi della normativa vigente, di stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione;
4. di disporre di una struttura organizzativa e tecnico-amministrativa idonea a garantire la gestione dei servizi indicati nell’Avviso pubblico;
5. di avere la seguente sede operativa nel territorio del Comune di Isernia (indicare: via, numero civico, telefono, posta elettronica, PEC, giorni ed orari di apertura al pubblico):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di aver esaminato e di avere preso puntualmente atto di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico nonché nello schema di convenzione ad esso allegato e di accettarne, con la presente istanza, integralmente e senza riserva alcuna, i contenuti e i termini, dichiarandosi altresì disponibile a sottoscriverli tutti;
2. che il nominativo del Referente incaricato per il rapporto in oggetto è\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare nome, cognome e codice fiscale*) tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. che il CAF è in possesso di copertura assicurativa di responsabilità civile professionale per eventuali danni provocati da errori materiali, omissioni e/o inadempienze commesse dai propri operatori nella predisposizione e gestione delle pratiche oggetto della convenzione;
4. che il codice identificativo del CAF (nazionale e/o locale) da abilitare all’INPS per la gestione convenzionata delle pratiche in oggetto è il seguente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di acconsentire al trattamento dei dati personali e di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati allegata all’Avviso pubblico (All. B), che si trasmette, debitamente sottoscritta, unitamente alla presente istanza.

**Allega alla presente:**

1. Atto costitutivo e Statuto del CAF;
2. Fotocopia documento d'identità in corso di validità del Rappresentante Legale del CAF, sottoscrittore della presente istanza;
3. Eventuale atto di delega del proprio CAF Nazionale di riferimento alla sottoscrizione della convenzione da parte del referente locale.

Luogo e data

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE P.T.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(Firma del L.R.)*