

DA PRESENTARE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO PROPONENTE

**Modello di partecipazione manifestazione di interesse**

**convenzione MAT concessi dal comune 2023**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETA'**

**SETTORE "SERVIZI SOCIALI, DEMOGRAFICI, EDUCATIVI"  
SERVIZIO "WELFARE POLITICHE DELLA FAMIGLIA E  
TUTELA DEI MINORI, NON AUTOSUFFICIENZA, DISAGIO  
ADULTI E POVERTA'"**

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 2023 per l'affidamento per la raccolta e la elaborazione delle istanze competenza 2023 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: \_\_\_\_\_ **unire copia visura non antecedente a 6 mesi**
- 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 l'IBAN del conto dedicato per le commesse pubbliche è il seguente:  
**IBAN N.** \_\_\_\_\_

– 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 MAT CHE NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI INDENTIFICA LA DIREZIONE GENERALE DIGEN1**

– di aver fornito prova di avvenuta comunicazione ai propri collaboratori a qualsiasi titolo del DPR n. 62 del 16 aprile 2013 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e del codice di comportamento interno dell'ente allegati alla presente manifestazione di interesse, al fine di impegnarsi ad osservare e far osservare ai propri collaboratori a qualsiasi titolo, per quanto compatibili con il ruolo e l'attività svolta, gli obblighi di condotta ivi previsti e di essere informato circa la violazione degli obblighi di cui al DPR 16 aprile 2013, n. 62 ed al Codice di Condotta Integrativo che può costituire causa di risoluzione del contratto;  
COMUNICAZIONE AVVENUTA MEDIANTE \_\_\_\_\_  
DI CUI SI ALLEGA \_\_\_\_\_

– di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto del Comune di Andria nei suoi confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto e di essere a conoscenza che La violazione di tale obbligo implica annullamento del contratto e degli incarichi conferiti e divieto a contrarre con le PP.AA. per i successivi tre anni, fermo l'obbligo di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art 53 co. 16-ter del D.Lgs 165/2001.

– 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 e di accettarne le condizioni, nonché di controfirmare contestualmente alla sottoscrizione della convenzione, per accettazione, l'atto di nomina formale a "Responsabile esterno del trattamento" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679.

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 da copia di avvenuta comunicazione ai propri collaboratori a qualsiasi titolo del DPR n. 62 del 16 aprile 2013 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici) e del codice di comportamento interno dell'ente e dal modulo debitamente sottoscritto dell'informativa sulla Privacy.*