AL COMUNE DI SANT’ANGELO LODIGIANO

PIAZZA MONS. N. DE MARTINO, 10

26866 SANT’ANGELO LODIGIANO (LO)

**PEC:** [comune.santangelolodigiano@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.santangelolodigiano@pec.regione.lombardia.it).

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA STIPULA DI CONVENZIONE TRA IL COMUNE DI SANT’ANGELO LODIGIANO E I CAF OPERANTI NEL TERRITORIO COMUNALE PER LE ELABORAZIONI RELATIVE ALLA RICHIESTA DI PRESTAZIONI AGEVOLATE A FAVORE DEGLI UTENTI RESIDENTI (TRIENNIO 2026-2027-2028)**

Il/La sottoscritto/a \_ \_ \_ \_, nato/a a \_ \_ ,il\_ \_\_\_\_ , residente nel Comune di \_ \_ , Provincia ,Stato \_ ,Via/Piazza

legale rappresentante/titolare/amministratore unico del CAF \_ \_, con sede nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia , Via/Piazza \_ , con C.F. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e con P. I.V.A.numero \_\_\_\_ \_ , telefono \_ ,e-mail \_ \_ \_, PEC (obbligatorio) \_ \_ @\_ \_

sede operativa nel Comune di Sant’Angelo Lodigiano in via/p.zza\_ \_ \_ n. \_ n. telefonico \_ ,

indirizzo di posta elettronica al quale inviare tutte le comunicazioni relative alla procedura in oggetto è il seguente \_ \_ \_ \_ ,

***CHIEDE***

Di poter stipulare con il Comune di Sant’Angelo Lodigiano la convenzione disciplinante l’attività di:

1. assistenza nella compilazione e raccolta delle richieste di assegni di maternità;
2. la trasmissione telematica all'INPS, sulla base delle specifiche tecniche fornite dallo stesso Istituto, delle domande alle quali il Comune ha concesso l'assegno;
3. assistenza nella compilazione e trasmissione all’INPS delle dichiarazioni sostitutive uniche necessarie per richiedere la domanda ISE assegno di maternità del Comune;

Sarà garantita la gratuità delle prestazioni rese nei confronti del Comune e nei confronti del cittadino.

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 arti.46 e 47 del D.P.R n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.

***D I C H I A R A***

* 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;
* Di manifestare, con la sottoscrizione della presente, l’interesse a espletare i servizi relativi alle richieste oggetto dell’avviso di cui all’oggetto;
* Di essere stato autorizzato dal Ministero delle Finanze a svolgere l’attività di assistenza fiscale ai sensi del D. Lgs. 9 luglio 1997, n. 241, così come modificato dal D. Lgs. 28 dicembre 1998, n. 490, e di essere iscritto all’Albo dei CAF al nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all’art.80 del D.Lgs.50/2016;
* di essere iscritto presso l’INPS di \_ con il seguente numero ;
* di essere iscritto presso l’INAIL di \_ \_ con il seguente numero ;
  + - Contratto applicato ,
    - numero dipendenti ,
* di avere le sedi operative, ubicate nel Comune di Decimomannu di seguito elencate: (indicare: via, numero civico, telefono, fax, posta elettronica, pec, giorni e orari di apertura al pubblico):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che il nominativo del Referente incaricato per le comunicazioni inerenti il rapporto in oggetto è

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_tel.

* 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.
* di acconsentire al trattamento dei dati personali e di essere informato, ai sensi del GCPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dei procedimenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

1. Fotocopia documento d'identità in corso di validità del Rappresentante Legale.

Luogo e data \_

Per il CAF \_

Il Rappresentante Legale

(sottoscrivere o firmare digitalmente)