



COMUNE DI PONTINIA

PROVINCIA DI LATINA

04014 - Piazza Indipendenza, 1 - P.I.: 00321860595

5° SETTORE SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA

e-mail: servizisociali@comune.pontinia.lt.it

Al Comune di Pontinia
5° Settore
Servizi Sociali e alla Persona
comune@pec.comune.pontinia.lt.it

AVVISO PUBBLICO

rivolto ai CAF operanti sul territorio comunale per manifestazione di interesse alla stipula di una Convenzione per la gestione delle richieste di Assegno di maternità. Triennio 2023/2025.

DOMANDA DI ADESIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____ Prov (_____) il _____

C.F. _____, residente in _____

Via _____, n. _____

Tel. _____, cell. _____

mail. _____, pec. _____

in qualità di Legale Rappresentante della seguente Società di Servizi:

DATI SOCIETÀ DI SERVIZI

Ragione sociale _____

C.F. _____, P.IVA _____

Con sede legale in _____

Via _____, n. _____

PEC _____

Con sede operativa in

Via _____, n. _____

Tel. _____, cell. _____

e-mail _____

Con Referente operativo per la sede di Pontinia, per le comunicazioni inerenti il rapporto convenzionale oggetto del presente Avviso:

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ Prov. (_____) il ____/____/_____
C.F. _____, residente in _____
Via _____, n. _____
tel. _____, cell. _____
e-mail _____

Tenuto conto che la Società di Servizi di cui sopra è convenzionata e delegata alla sottoscrizione della convenzione di cui al presente Avviso dal seguente CAF nazionale:

DATI CAF NAZIONALE

Ragione sociale _____
C.F. _____, P.IVA _____
Iscrizione all'Albo nazionale dei CAF n. _____,
con sede legale in _____
Via _____, n. _____
rappresentato legalmente dal Sig. _____
nato a _____ Prov (_____) il ____/____/_____
C.F. _____, residente in _____,
Via _____ n. _____

CHIEDE

In nome e per conto del proprio CAF nazionale da cui è delegato, di aderire alla convenzione con il Comune di Pontinia per la gestione delle richieste di Assegno di maternità per il triennio 2023/2025 ai sensi dell'Avviso Pubblico in oggetto, approvato con determinazione n. 46 del 17/04/2023

A TAL FINE

- consapevole delle responsabilità penali che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., in caso di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci;
- preso atto che, il Comune di Pontinia si riserva la facoltà di effettuare verifiche e controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- preso atto altresì che il mancato possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto comporterà la non idoneità del soggetto alla sottoscrizione della convenzione;

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

1. Di disporre di idonea sede operativa nel territorio comunale, come da dati specificati nella presente domanda, che osserverà i seguenti orari di ricevimento al pubblico:

Fasce orarie	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Mattina						
Pomeriggio						

2. Di essere regolarmente iscritti all'Albo dei CAF ed essere regolarmente autorizzati all'esercizio dell'attività di assistenza fiscale;

3. Di essere convenzionati con l'INPS per la ricezione delle dichiarazioni sostitutive, la trasmissione telematica alla banca dati dell'INPS dei dati acquisiti dalle dichiarazioni sostitutive, il rilascio all'utente dell'attestazione riportante il contenuto della dichiarazione e il calcolo dell' ISE (Indicatore della Situazione Economica) e dell' ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente);

4. (in caso di ulteriore delega a terzo) di delegare alla firma della convenzione oggetto del presente Avviso:

Cognome _____ Nome _____,

in qualità di _____

nato a _____ Prov. (____) il ____/____/____

C.F. _____, residente in _____,

Via _____, n. _____

tel _____, cell. _____

e-mail _____

5. Di aver preso visione e di accettare tutto quanto stabilito nel presente Avviso e nell'allegato schema di convenzione.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- Copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Delega del CAF nazionale alla sottoscrizione della convenzione oggetto del presente Avviso, corredata da copia dei documenti di identità del delegante e del delegato;
- (in caso di ulteriore delega a terzo) Delega in favore del soggetto incaricato dal delegato di cui al precedente punto, alla sottoscrizione della convenzione, corredata da copia dei documenti di identità del delegante e del delegato.
- Dichiarazione attestante l'assenza di alcuna delle condizioni di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e di qualsivoglia causa di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione (ALLEGATO C);

Pontinia, il ____/____/____

Il Dichiarante
