

Al Comune di Capo d'Orlando
Area Socio Assistenziale
C/da Muscale
98071 – Capo D'Orlando (ME)
pec: protocollo@pec.comune.capodorlando.me.it

Oggetto: **ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE ELENCO ESERCIZI COMMERCIALI PRESENTI SUL TERRITORIO DEL COMUNE DI CAPO D'ORLANDO - PROCEDURA DI CUI ALL'ORDINANZA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI N. 658 DEL 29/03/2020: "ULTERIORI INTERVENTI DI PROTEZIONE CIVILE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA RELATIVA AL RISCHIO SANITARIO CONNESSO ALL'INSORGENZADI PATOLOGIE DERIVANTI DA AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI".**

1. Soggetto Proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N.° iscrizione CCIAA _____

Luogo e data di iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

P.IVA _____ C.F. _____

Indirizzo sede operativa interessata ubicata nel Comune di Capo d'Orlando, Via _____

Telefono _____ e mail _____

Persona di riferimento per la gestione dei buoni spesa nel punto vendita indicato:

Nome _____ Cognome _____

telefono _____ cellulare _____

e-mail o PEC _____

Referente

Cognome e nome _____

Posizione _____ Telefono _____

Indirizzo e-mail _____ Pec _____

2. TIPOLOGIA SOGGETTO

Barrare la casella corrispondente

Micro impresa

Piccola impresa

Media impresa

Grande impresa

Quale soggetto proponente

CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco di esercizi commerciali, disponibili ad accettare i buoni spesa sotto forma di voucher nominativi per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità presso i propri punti vendita, nel rispetto dell'Ordinanza n. 658 del 29 marzo 2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile - emergenza epidemiologica da virus Covid-19.-

A tal fine per le finalità dell'avviso pubblico emanato dal Comune di Capo d'Orlando, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

- di avere, nella qualità di..... (specificare la qualifica rivestita) la legale rappresentanza di, nonché i poteri per impegnare lo/a stesso/a;

- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
- che non sussistono cause di decadenza, sospensione o divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs 06.09.2011 n. 159;
- di avere : Posizione/i INPS- sede INPS di riferimento (indirizzo, tel./fax); Posizione/i INAILsede INAIL di riferimento)
- di essere consapevole che la manifestazione oggetto dell'avviso pubblico non è vincolante per l'Amministrazione Comunale e che, quindi, non si avrà nulla a pretendere ;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 nonché Regolamento U.E. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di accettare il trattamento degli stessi da parte del Comune di Capo d'Orlando per le finalità di cui alla presente istanza

Ed, inoltre

DICHIARA

di essere consapevole che l'adesione all'iniziativa comporterà l'inserimento nell'elenco che sarà pubblicato sul sito internet del Comune di Capo d'Orlando per darne diffusione ai soggetti richiedenti il buono spesa.

di voler collaborare con l'Amministrazione comunale al fine di rendere attuative le disposizioni previste dall'OPCM n. 658 del 29/03/2020 impegnandosi ad agire nel rispetto della suddetta Ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ed in osservanza ad apposito accordo, ove verranno indicati i reciproci obblighi, da formalizzare ad intervenuta formulazione dell'elenco. In particolare si impegna a: ^[1]_[2]

- a) di consentire l'utilizzo, presso la propria struttura di vendita, del buono spesa/voucher intestato al beneficiario individuato dal Comune di Capo d'Orlando.
- b) **di applicare** presso il proprio punto vendita, in relazione all'utilizzo del buono spesa, i normali prezzi al consumo ivi comprese tutte le offerte periodiche praticate nel periodo di utilizzo del titolo di spesa.

o in alternativa

- c) **di essere disponibile**, in ragione della particolare circostanza di difficoltà degli utenti beneficiari, **ad applicare un ulteriore sconto sui prodotti in vendita pari al ____ %.**
- d) di essere non essere disponibile (segnare la parte di interesse) ad effettuare la consegna dei prodotti acquistati al domicilio del soggetto beneficiario senza ulteriori costi aggiuntivi.

La presente manifestazione di interesse viene formulata in conformità alle condizioni di cui dall'avviso pubblico emanato dal Comune di Capo d'Orlando. A tal fine, dichiara di rendersi disponibile a fornire tutte le informazioni e/o integrazioni richieste e necessarie ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie e di accettare

Luogo Data _____

Firma del legale rappresentante

N.B. : la dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento valido di identità del sottoscrittore, pena la non ammissibilità della stessa.