Fac simile Modulo istanza

Al Comune di Cagliari
Servizio Politiche Sociali

mail: servizi.sociali@comune.cagliari.it

OGGETTO: Richiesta di adesione all'avviso pubblico per la collaborazione di Professionisti Commercialisti, Esperti Contabili, Consulenti del Lavoro e Centri di Assistenza Fiscale per le attività di ricezione dell'utenza, consulenza e caricamento delle domande di accesso alla misura economica di cui alla L.R. 12 del 08/04/2020 "Misure straordinarie urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico-sociale derivante dalla pandemia SARS-CoV-2".

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, C.F. _____ residente nel Comune di _____, Provincia _____, Stato_____, Via/Piazza_____ telefono_____, mail_____, pec:_____

CHIEDE IN QUALITA' DI

☐ - Professionista_____(indicare se Commercialista, Esperto Contabile, Consulente del Lavoro)

☐ - rappresentate legale del CAF denominato_____

di potere collaborare con il Comune di Cagliari per le attività di assistenza all'utenza, consulenza e caricamento on line delle domande di accesso alla misura economica di cui alla L.R. 12 del 08/04/2020 "Misure straordinarie urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico-sociale derivante dalla pandemia SARS-CoV-2".

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 artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

se professionista:

di essere iscritto al proprio albo professionale con il n°_____

che il proprio studio Professionale è sito in Cagliari Via_____ n°_____

P. I.V.A. numero _____, telefono (da comunicare all'utenza) _____

con i seguenti giorni e orari di disponibilità per l'assistenza agli utenti (da comunicare all'utenza) :

giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

e-mail _____@_____(da comunicare all'utenza),

PEC _____@_____da comunicare all'utenza)

se CAF:

di essere legale rappresentante/titolare/amministratore unico del CAF _____, con sede nel Comune di Cagliari Provincia _____,

Stato_____, Via/Piazza_____,C.F.

_____ e con P. I.V.A. numero _____,

telefono (da comunicare all'utenza) _____,

con i seguenti giorni e orari di disponibilità per l'assistenza agli utenti (da comunicare all'utenza) :

giorni _____ dalle ore _____ alle ore

_____

e-mail _____@_____(da comunicare all'utenza),

PEC _____@_____ (da comunicare all'utenza),

☐ che il CAF è iscritto all'albo dei CAF_____ al n._____

DICHIARA INOLTRE

(per tutti)

☐ di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e di qualsiasi altra causa di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione;

☐ di aver esaminato e di avere preso puntualmente atto di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico accettandone, con la presente istanza, integralmente e senza riserva alcuna, i contenuti e i termini;

☐ di essere in possesso di adeguata polizza di Responsabilità Civile verso terzi e che la medesima copre anche i danni eventualmente determinati nell'esercizio della collaborazione in oggetto;

☐ di acconsentire al trattamento dei dati personali e di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, allegata alla presente istanza.

Allega alla presente:
Fotocopia documento d'identità in corso di validità del Rappresentante Legale o estremi per la verifica della validità della

firma digitale.

Luogo e data_____

Il Professionista/Il Rappresentante
legale dl Centro di Assistenza Fiscale

_____