

Allegato A)

Manifestazione di interesse

Spett.
COMUNE DI CHIARI
P.zza Martiri della Libertà n. 26
25032 CHIARI (BS)
c.a. Ufficio servizi sociali

Pec:
comunedichiari@legalmail.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse alla stipula di una Convenzione per la gestione delle richieste di Assegno di maternità ex art. 74 D. Lgs. n. 151/2001 – triennio 2026/2028, rinnovabile per altri n. 3 anni

Il/La sottoscritto/a

<i>Dati del Legale Rappresentante del Centro di Assistenza fiscale</i>	
Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo completo di residenza	
Telefono	
Cell.	
PEC	
Email	

In qualità di legale rappresentante del CAF:

<i>Dati del soggetto proponente</i>	
Denominazione CAF	
Natura giuridica	
Codice fiscale	
Partita Iva	
N. iscrizione C.C.I.A.A.	
Autorizzazione a svolgere attività di assistenza fiscale	

dell'Agenzia delle Entrate (<i>indicare sede competente, luogo e data rilascio, n. protocollo</i>)	
N. iscrizione all'Albo nazionale dei CAF	
n. posizione e sede INPS competente	
n. posizione e sede INAIL competente	
n. polizza assicurativa per eventuali danni provocati da errore materiali, omissioni ed inadempienze commesse dai propri operatori nella predisposizione delle pratiche oggetto della Convenzione (<i>allegare copia</i>)	

<u>Sede operativa del CAF <i>sul territorio comunale</i></u>	
Indirizzo-CAP-Città	
Telefono-fax	
Cell.	
PEC	
Email	
Cod. identificativo CAF da abilitare all'INPS per la gestione convenzionata delle prestazioni sociali	
Giorni ed orari di ricevimento al pubblico	

Visto l'Avviso pubblico relativo a quanto in oggetto,

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

MANIFESTA

con la sottoscrizione della presente, l'interesse del CAF suddetto _____ alla stipula della Convenzione per triennio 2026/2028, rinnovabile per altri n. 3 anni, con il Comune di Chiari (BS) per la gestione integrale delle istanze inerenti la concessione da parte del Comune e la successiva erogazione da parte dell'INPS di un assegno di maternità ai sensi dell'art. 74 del D. Lgs. n. 151/2001.

e a tal fine

DICHIARA

- ☐ di aver esaminato e di avere preso puntualmente atto di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico nonché nello Schema di Convenzione ad esso allegato, accettandone integralmente e senza riserva alcuna i contenuti e i termini;
- ☐ di essere in possesso dei requisiti necessari per la stipula della Convenzione indicati all'art. 3 dell'Avviso pubblico;
- ☐ di essere iscritto all'Albo Nazionale dei CAF;
- ☐ di essere autorizzato all'esercizio dell'attività di assistenza fiscale;
- ☐ di avere la sede operativa sul territorio del Comune di Chiari (BS), in V. _____;
- ☐ di possedere l'abilitazione da parte dell'INPS per la trasmissione per via telematica delle domande di assegno di maternità di cui all'art. 74 D. Lgs. n. 151/2001;
- ☐ di accettare le procedure di monitoraggio, verifica, controllo e valutazione da parte del Comune di Chiari, in merito alla presenza e alla permanenza nel tempo dei requisiti di convenzionamento;
- ☐ di impegnarsi, in attuazione del principio di buona fede e collaborazione alla base dell'accordo stesso, ad interagire con l'Ente comunicando le criticità e le problematiche al momento del loro insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, interruzioni anche temporanee delle attività, eventi che possano comprometterne la qualità ed in generale creare danno o disagio all'utenza.

<input type="checkbox"/> (se del caso, altrimenti eliminare la dicitura) che il CAF per lo svolgimento di attività fiscali si avvale della Società di Servizi di seguito indicata, con la quale ha stipulato apposito contratto/convenzione n. del....., con durata (Indicare dati Società di Servizi):	
Denominazione Società di servizi	
Codice fiscale	
Partita IVA	
N. iscrizione C.C.I.A.A	
n. posizione e sede INPS competente	

n. posizione e sede INAIL competente	
indirizzo completo	
telefono-fax	
PEC	
email	

<input type="checkbox"/> <i>che il nominativo e i dati del referente che opererà nel ruolo di interfaccia tra il CAF convenzionato ed il Comune di Chiari è il seguente:</i>	
Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Residenza/Domicilio	
telefono	
Cell.	
email	
PEC (eventuale)	

☐ che il recapito al quale riceverà ogni informazione in ordine alla nominata procedura è il seguente indirizzo PEC: _____

☐ di fornire, in ipotesi di controlli espletati dal Comune ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, ai sensi dell'art. 11, comma 6 del D.P.C.M. 159/2013;

☐ dichiara di aver preso atto, letto e compreso l'informativa sul trattamento di dati personali allegata all'"Avviso Pubblico" e come da informativa allegata e pubblicata sul sito Internet del Comune di Chiari al seguente indirizzo www.comune.chiari.brescia.it, e che tutti i dati personali (comuni identificativi, e giudiziari) comunicati al Comune di Chiari saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Chiari;

☐ in ottemperanza alle disposizioni della "L. n. 136/2010" e ss.mm.ii. in materia di tracciabilità dei flussi finanziari:

- che gli estremi identificativi del conto corrente bancario / postale dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi alla gestione del contratto, sono i seguenti:

- conto corrente bancario codice IBAN
..... presso la Banca
.....

ovvero

- conto corrente postale codice IBAN
..... presso le Poste Italiane SpA;

e che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:

Cognome e nome

.....

nato/a il

codice fiscale

.....

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del CAF o estremi per la verifica della validità della firma digitale;
- *(eventuale)* Atto di delega del CAF Nazionale di riferimento alla sottoscrizione della convenzione da parte del referente locale;
- Copia Polizza copertura assicurativa;
- *(eventuale)* Copia del contratto/convenzione stipulato con la Società di Servizi di cui all'Avviso e fotocopia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante della medesima;

_____, li _____

FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE CAF: _____

(eventuale) FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE SOCIETA' DI SERVIZI:
