



COMUNE DI TORCHIAROLO
(Provincia di Brindisi)

Via C. Colombo, c. a. p. 72020, C.F. 80002110742, P.I. 01468860746;
tel. 0831-622085/6/7; fax 0831-620672; mail: assistentesociale@comune.torchiarolo.br.it
“SERVIZIO POLITICHE SOCIALI”

Da inoltrare entro la data del 16/12/2022

ALLEGATO A)

MODELLO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: “Voucher Sociali Buoni spesa” AVVISO PUBBLICO per l’acquisizione di domande da parte dei cittadini residenti nel Comune di Torchiaro. Iniziativa Insieme è Natale. ADESIONE ALL’INIZIATIVA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ e residente in _____ Prov. _____
alla _____ Via _____ n. _____ CAP. _____ C.F. _____

☐ Titolare della ditta individuale _____

☐ Legale Rappresentante della società _____

con sede in _____ alla Via _____ n. _____ CAP. _____ C.F. o Partita
I.V.A. _____ e-mail _____

PEC _____ tel/cell _____,

ADERISCE

all’iniziativa “Voucher Sociali –” per la fornitura di beni alimentari e o farmaci di prima necessità in favore di persone e/o nuclei in momentanea situazione di difficoltà, inviate dal Servizio Sociale Comunale, che saranno individuate da codesto Comune e

MANIFESTA L’INTERESSE

a garantire la fornitura di generi di prima necessità quale misura di contrasto alla povertà

- ☐ generi alimentari
- ☐ prodotti per neonati
- ☐ prodotti igiene personale

- ☐ prodotti igiene per gli ambienti
- ☐ prodotti farmaceutici e parafarmaceutici di prima necessità

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

che l'attività:

ha sede in Torchiarolo, alla Via _____ n. _____ Partita IVA _____

è iscritta nel Registro delle imprese presso la CCIAA di _____

numero di iscrizione _____

data di iscrizione _____

durata della ditta / data _____

codice attività (conforme ai valori dell'anagrafe tributaria) _____

☐ altro (specificare)

- è in possesso di licenza rilasciata dal _____;
- ha le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative e che è in regola con i versamenti nei confronti dei rispettivi Enti:
 - INPS (nel caso di iscrizione presso più sedi, indicarle tutte) _____
 - INAIL (nel caso di iscrizione presso più sedi, indicarle tutte) _____
- è in regola con la normativa prescritta per contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii. e di non essere a conoscenza dell'esistenza di tali cause nei confronti dei soggetti indicati nell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.;

Con la presente, altresì, formalmente

ASSUME L'IMPEGNO DI:

- verificare che i Voucher Sociali siano utilizzati esclusivamente per l'acquisto di beni alimentari, con esclusione di bevande alcoliche;
- non cambiare in denaro il valore dei buoni, sia in forma totale, sia parziale, consapevole, in caso contrario, del non riconoscimento del pagamento del corrispettivo dei buoni da parte del Comune;
- non applicare alcuna condizione per l'accettazione dei Voucher Sociali né in riferimento ad un importo minimo da spendere in contanti, né all'applicazione di qualsivoglia riduzione percentuale;
- non divulgare in alcun modo i dati relativi ai cittadini beneficiari;

DICHIARA, inoltre, la disponibilità ad effettuare consegne a domicilio: SI ☐ NO ☐

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di essere a conoscenza che, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) 679/2016, ed in ossequio alla normativa vigente in materia di Privacy, i dati forniti saranno trattati dal Comune di Torchiarolo esclusivamente nell'ambito della presente procedura e saranno oggetto di trattamento mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, limitatamente e per il tempo necessario ai relativi adempimenti.

Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità;

Data _____

Firma _____