

MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO COMUNALE DI ESERCIZI COMMERCIALI E FARMACIE DISPONIBILI AD ACCETTARE I BUONI SPESA DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020

Al Comune di Sequals

Piazza Municipio 2

33090 Sequals

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

- manifesta il proprio interesse a partecipare alle “misure urgenti di solidarietà alimentare” di cui all’Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 a fronte dell’emissione di “buoni spesa” rimborsati dal Comune di Sequals;
- a tal fine ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

- ✓ di essere titolare dell’impresa individuale/legale rappresentante della ditta:

- ✓ con sede legale

- ✓ di avere un punto vendita di generi al dettaglio alimentari e/o per l’igiene della casa e/o personale o farmaceutici presso il Comune di

con i seguenti orari: _____

- ✓ di aver letto le condizioni contrattuali di cui allo schema di convenzione allegato e di essere disponibile a fornire al Comune di Sequals, a fronte dell’emissione di buoni spesa, il servizio secondo le modalità nel medesimo contenute;

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s. m. i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del suddetto D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e ai fini della partecipazione al presente avviso

DICHIARA ALTRESI':

- di possedere tutti i requisiti a contrarre con la pubblica amministrazione previsti dall'articolo 80 D. lgs 50/2016;
- di aver letto integralmente il contenuto della manifestazione di interesse e dello schema di convenzione allegato e di accettarne integralmente le condizioni;
- di autorizzare il Comune di Sequals ad effettuare le comunicazioni conseguenti al presente bando al seguente numero di telefono: _____

COMUNICA

i seguenti dati identificativi del conto corrente dedicato ai sensi della Lg. 136/2010:

IBAN																														
Sigla internaz.		Numeri di controllo		CIN	ABI			CAB			N. CONTO CORRENTE																			

ISTITUTO BANCARIO: _____

AGENZIA/FILIALE DI: _____

INTESTATARIO: _____

CODICE FISCALE: _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare nei termini previsti dalla norma eventuali eventi modificativi riguardanti la presente comunicazione.

Allega alla presente copia del documento di identità.

luogo e data

Timbro e firma

del titolare/legale rappresentante della Ditta
