

SUB ALL.1-B DICHIARAZIONI AI SENSI DEL DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____, il _____, C.F. _____,
residente a _____ provincia _____,
via/piazza _____

CHIEDE

di poter stipulare con il Comune di Bollate la Convenzione relativa all'attività di assistenza ai cittadini che intendono richiedere:

assegno di maternità e bonus elettrico – disagio fisico

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

☐ di essere legale rappresentante/titolare/amministratore unico del CAF _____,
con sede a _____ provincia di _____,
via/piazza _____, C.F. _____ e con
P.IVA _____, telefono _____, e-mail
_____, PEC _____

☐ che il CAF è autorizzato a svolgere l'attività di assistenza fiscale con autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate n° _____, del _____

☐ che il CAF è iscritto all'Albo dei CAF _____ al n° _____

☐ di non avere qualsiasi altra causa di impedimento a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione;

☐ che il CAF è iscritto presso l'INPS di _____ con il numero _____

☐ che il CAF è iscritto presso l'INAIL di _____ con il numero _____

- contratto applicato _____
- numero dipendenti _____

☐ di aver esaminato e di aver preso atto di quanto contenuto nell'Avviso Pubblico e nello Schema di Convenzione ad esso allegato, accettandone con la presente istanza integralmente tutti i contenuti e i termini;

☐ che il CAF è in possesso di apposita polizza assicurativa per la Responsabilità civile, a copertura di eventuali danni provocati a seguito di errori materiali, omissioni ed inadempienze commesse dai propri operatori nella predisposizione delle pratiche oggetto della convenzione;

☐ che il codice identificativo CAF da abilitare all'INPS per la gestione convenzionata delle prestazioni sociali è il seguente: _____;

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

Luogo e data _____

Per il CAF _____

Il legale rappresentante _____
(firmato digitalmente)