



COMUNE di CERVIGNANO D'ADDA

PROVINCIA di LODI

P.zza Municipio, 1 – 26832- Tel. 029813002 -

SERVIZI ALLA PERSONA ALL. A – MODELLO ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Al Comune di Cervignano d'Adda

Piazza del Municipio , 1

Pec: cervignanodadda@cert.elaus2002.net

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DEI CENTRI DI ASSISTENZA FISCALE (CAF) FINALIZZATA ALLA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI CON IL COMUNE DI CERVIGNANO D'ADDA PER IL SUPPORTO ALL'ACCESSO SERVIZI FISCALI E PREVIDENZIALI ANNUALITA' 2024-2027.

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-fax	
Cellulare	
PEC	
E-mail	

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., oltre alle conseguenze amministrative previste in caso di dichiarazioni mendaci,

<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, nr. protocollo</i>)	
Numero iscrizione all'Albo nazionale dei CAF	
n. posizione e sede INPS competente	
n. posizione e sede INAIL competente, contratto applicato e numero dipendenti	
<i>n. polizza assicurativa per eventuali danni provocati da errori materiali, omissioni ed inadempienze commesse dai propri operatori nella predisposizione delle pratiche oggetto della convenzione, ivi compreso l'elaborazione dell'ISEE – Compagnia assicurativa ALLEGARE COPIA</i>	
<i>Sede legale del CAF</i>	
Indirizzo-CAP-città	
Telefono – fax	
Cellulare	

PEC	
E-mail	
<i>Codice Identificativo CAF da abilitare all'INPS per la gestione</i>	
<i>convenzionata delle prestazioni sociali è/sono il/i seguente/i:</i>	

<i>Sede operativa del CAF sul territorio cittadino</i>	
Indirizzo-CAP-città	
Telefono - fax	
Cellulare	
PEC	
E-mail	
<i>Codice Identificativo CAF da abilitare all'INPS per la gestione convenzionata delle prestazioni sociali è/sono il/i seguente/i</i>	
<i>Giorni ed orari di ricevimento al pubblico</i>	

CHIEDE

di potere stipulare con il Comune di Cervignano d'Adda la convenzione disciplinante l'attività di assistenza ai cittadini che intendono richiedere (*barrare la casella/le caselle di interesse*):

- ISEE, ISEEU, RED, ICRIC, INVCIV
- Compilazione e invio Assegno Unico

- Compilazione e trasmissione telematica 730 singolo
- Compilazione e trasmissione telematica 730 congiunto
- Compilazione e trasmissione telematica 730 pensionati
- Compilazione e trasmissione telematica 730 pensionati congiunto
- Compilazione e trasmissione telematica Modello Redditi P.F.
- Successioni ereditarie a partire da
- Assunzioni Colf/Assistenti personali
- Modello F24 TASI e IMU
- Stipula e registrazioni Contratti d'affitto
- Estratto conto contributivo / calcolo pensione
- Ricongiungimento delle posizioni assicurative;
- Contribuzione figurative e volontarie
- Congedi Parentali
- Ammortizzatori Sociali
- Dimissioni Volontari
- Compilazione moduli in generale

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 con la presente istanza integralmente e senza riserva alcuna i contenuti e i termini;

di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione e precisamente di non essere in corso:

- nelle situazioni di esclusione di cui da 94 a 98 del Dlgs 36/2023 (Nuovo Codice dei contratti pubblici) – disposizioni applicabili alla fattispecie in via analogica;
- in un divieto o interdizione a contrattare con la pubblica amministrazione;
- nella violazione dell'art.53, co.16-ter, del D.Lgs. n.165/2001;

(da non compilare nel caso non ci fosse nessuna convezione /contratto) 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	
E-mail	

che il nominativo e i dati del referente che opererà nel ruolo di interfaccia tra il CAF convenzionato e l'Amministrazione comunale con il compito di coordinamento è il seguente (*INSERIRE TUTTI I DATI RICHIESTI*):

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Codice fiscale	
Residenza/Domicilio	
Telefono	
Cellulare	
e-mail	
PEC (eventuale)	

che il recapito al quale riceverà ogni informazione in ordine alla nominata procedura è il seguente indirizzo p.e.c. _____;

dichiara di essere informato/a – ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1 e seguenti del decreto legislativo n. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 – che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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 e fotocopia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante;

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura della suddetta selezione.

_____, li _____

Per il CAF _____ (apporre timbro)

5

Il Rappresentante Legale

_____ (firma)

(eventuale) Per la Società di Servizi _____ (apporre timbro)

Il Rappresentante Legale

(firma)