

**Al Sig. Sindaco
del Comune di Scillato**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (_____)
il _____ e residente a Scillato in via _____
_____ C.F. _____ cell. _____,

Titolare della Ditta

o in qualità di:

Legale rappresentante della Ditta

Denominazione o ragione sociale _____

N° iscrizione CCIAA (Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura) _____

Luogo e data di iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ mail _____

Pec _____

P.IVA _____ C.F. _____

Indirizzo sede operativa ubicata nel Comune di Scillato, in Via
_____ Telefono _____

CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco degli esercizi commerciali/farmacie accreditati, ad accettare i buoni spesa per l'acquisto di beni di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, bombole del gas, dispositivi di protezione individuali, pasti pronti), in favore di nuclei familiari che si trovano in stato di bisogno conseguente agli effetti economici derivanti da Covid-19.

A tal fine, per le finalità dell'Avviso pubblico emanato dal Comune di Scillato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
- che non sussistono cause di decadenza, sospensione o divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs 06.09.2011 n. 159;
- di essere in possesso di regolare posizione contributiva INPS/INAIL (DURC);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 nonché del Regolamento U.E. 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, e di accettare il trattamento degli stessi da parte del Comune di Scillato per le finalità di cui alla

- presente istanza;
- di essere informato che le misure di sostegno all'emergenza socio assistenziale da COVID-19, previsti ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale Siciliana n. 124 del 28/03/2020 e successivo D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 emesso dal Dipartimento Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, sono interventi finanziati tramite il PO FSE Sicilia 2014/2020- Asse II, Inclusione Sociale e lotta alla povertà, OT 9, - Priorità di investimento 9.i, Obiettivo specifico 9.1, Azione 9.1.3;
 - di essere a conoscenza che i buoni spesa/vaucher sono spendibili esclusivamente per l'acquisto di beni di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, bombole del gas, dispositivi di protezione individuali, pasti pronti) e che il Comune non riconoscerà il rimborso della spesa di altri prodotti, che rimarranno altrimenti a carico dell'operatore commerciale;
 - di essere consapevole che con la costituzione dell'elenco non viene espletata procedura di appalto e che non si instaurerà nessun rapporto contrattuale con l'Amministrazione Comunale di Scillato, stante che allo scrivente operatore economico saranno esclusivamente rimborsate le eventuali somme che i cittadini, beneficiari del contributo economico, liberamente, spenderanno presso il proprio esercizio in base alle loro esigenze.

E, inoltre

DICHIARA

- di essere consapevole che l'adesione all'iniziativa comporterà l'inserimento nell'elenco dei soggetti accreditati che sarà pubblicato sul sito internet del Comune di Scillato per darne diffusione ai soggetti richiedenti il buono spesa/voucher;
- di essere disponibile a sottoscrivere con l'Amministrazione Comunale la convenzione di cui allo schema pubblicato;
- applicare presso il proprio punto vendita, in relazione all'utilizzo del buono spesa, i normali prezzi al consumo ivi comprese tutte le offerte periodiche praticate nel periodo di utilizzo del titolo di spesa.

Si allega alla presente, pena la non ammissibilità dell'istanza:

- copia documento di identità del sottoscrittore.

FIRMA _____