

## 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
- 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 trovarsi in alcuna delle condizioni di cui all'art.80 del D.Lgs. 50/2016 e 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)*