



COMUNE DI CHIAVARI
Città Metropolitana di Genova

SETTORE 6 – SERVIZI ALLA PERSONA

ALL. A – MODELLO ISTANZA DI CONVENZIONAMENTO

*Al Comune di Chiavari
Settore 6 “Servizi alla Persona”*

A mezzo PEC: comune.chiavari@cert.legalmail.it

ISTANZA DI CONVENZIONAMENTO

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DEI CENTRI DI ASSISTENZA FISCALE (CAF) FINALIZZATA ALLA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI CON IL COMUNE DI CHIAVARI PER IL SUPPORTO ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'ASSEGNO DI MATERNITÀ E AL BONUS ELETTRICO PER GRAVI CONDIZIONI DI SALUTE - DISAGIO FISICO – BIENNIO 2024-2025.

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	

1

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,

in qualità di legale rappresentante del CAF

<i>Dati del Soggetto proponente</i>	
Denominazione CAF	
Natura giuridica	
Codice fiscale	



COMUNE DI CHIAVARI
Città Metropolitana di Genova

SETTORE 6 – SERVIZI ALLA PERSONA

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</i>	
ALLEGARE COPIA	

2

Sede legale del CAF	
Indirizzo-CAP-città	
Telefono – fax	
Cellulare	
PEC	
E-mail	
Codice Identificativo CAF da abilitare all'INPS per la gestione	



COMUNE DI CHIAVARI
Città Metropolitana di Genova

SETTORE 6 – SERVIZI ALLA PERSONA

convenzionata delle prestazioni sociali è/sono il/i seguente/i:

Sede operativa del CAF sul territorio cittadino

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>	

3

CHIEDE

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

- Assegno di Maternità di cui all'articolo 74 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 51;
- Bonus elettrico per gravi condizioni di salute - disagio fisico di cui al Decreto interministeriale 28 dicembre 2007, nonché al Decreto del Ministro della Salute 13 gennaio 2011 e al Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.

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;



COMUNE DI CHIAVARI
Città Metropolitana di Genova

SETTORE 6 – SERVIZI ALLA PERSONA

– nella violazione dell'art.53, co.16-ter, del D.Lgs. n.165/2001;

di impegnarsi, in attuazione del principio di buona fede e collaborazione alla base dell'accordo stesso, ad interagire con l'Ente comunicando le criticità e le problematiche al momento del loro insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, interruzioni anche temporanee delle attività, eventi che possano comprometterne la qualità ed in generale creare danno o disagio all'utenza.

(*se del caso, altrimenti eliminare la dicitura*) 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	

4

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. _____;



COMUNE DI CHIAVARI
Città Metropolitana di Genova

SETTORE 6 – SERVIZI ALLA PERSONA

- di fornire, in ipotesi di controlli espletati dal Comune ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, ai sensi dell'art. 11, comma 6 del D.P.C.M. 159/2013;
- 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.

_____, lì _____

Per il CAF _____ (apporre timbro) 5 _____

Il Rappresentante Legale _____ (firma)

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

Il Rappresentante Legale _____ (firma)