

**ALL. 2 – MODELLO ISTANZA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Da inserire su carta intestata del CAF, sottoscrivere e timbrare (o firmare digitalmente) e rinviare accompagnata da documento di identità del dichiarante.

*Al Comune di Napoli  
Servizio Politiche di Inclusione  
e di Integrazione Sociale  
Via Salvatore Tommasi, 19  
80135 Napoli*

**ISTANZA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**Oggetto:** *Manifestazione di Interesse da parte dei Centri di Assistenza Fiscale (CAF), iscritti agli Elenchi/Albi del Ministero dell'Economia e delle Finanze e autorizzati ai sensi del D. Lgs. n. 241/1997 e del regolamento attuativo di cui al D.M. n. 164/1999 e ss.mm.ii., finalizzata alla sottoscrizione di convenzioni con il Comune di Napoli per il supporto all'accesso alle prestazioni sociali agevolate condizionate alla valutazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), con riferimento agli Assegni di maternità e al Bonus elettrico per gravi condizioni di salute - disagio fisico.*

Il/La sottoscritto/a

<b>Dati del Legale Rappresentante del Centro di assistenza fiscale</b>	
Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo completo di residenza	
Telefono-fax	
Cellulare	
Pec	
E-mail	

in qualità di legale rappresentante del CAF

<b>Dati del Soggetto proponente</b>	
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 (indicare sede competente, luogo e data rilascio, nr. protocollo)	

Numero iscrizione all'elenco nazionale dei CAF	
n. posizione e sede INPS competente	
n. posizione e sede INAIL competente	
<b><i>Sede legale del CAF</i></b>	
Indirizzo-CAP-città	
Telefono – fax	
Cellulare	
PEC	
E-mail	

***Sede operativa del CAF sul territorio cittadino***

Indirizzo-CAP-città	
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 per le procedure relative agli appalti pubblici

**DICHIARA**

- di aver esaminato e di avere preso puntualmente atto di quanto contenuto nella Manifestazione di Interesse, nonché nello Schema di Convenzione ad esso allegata, accettandone con la presente istanza integralmente e senza riserva alcuna i contenuti e i termini;
- di manifestare il proprio interesse alla sottoscrizione della convenzione con il Comune di Napoli per il supporto all'accesso alle prestazioni sociali agevolate condizionate alla valutazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), con riferimento agli Assegni di maternità e al Bonus elettrico per gravi condizioni di salute - disagio fisico;
- di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati al solo fine dell'espletamento della gara, nell'osservanza delle norme in materia di appalti pubblici e saranno archiviati in locali dell'Ente. Tali dati saranno comunicati e/o diffusi solo in esecuzione di specifiche disposizioni normative;
- (*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	

che il nominativo e i dati anagrafici del Coordinatore responsabile cittadino, **che opererà sul territorio del Comune di Napoli**, nel ruolo di interfaccia tra il CAF convenzionato e l'Amministrazione comunale e con il compito di coordinare tutti gli Sportelli/Centri di raccolta ivi operanti, sono i seguenti (*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 PEC	
---------------	--

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale

rappresentante del CAF.

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

*Napoli, li*

Per il CAF \_\_\_\_\_ (apporre timbro)

IL Rappresentante Legale \_\_\_\_\_ (firma)

Per la Società di Servizi (*eventuale*) \_\_\_\_\_ (apporre timbro)

IL Rappresentante Legale \_\_\_\_\_