

ALL.B

OGGETTO: AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO COMUNALE DI ESERCIZI COMMERCIALI DI ALIMENTI E BENI DI PRIMA NECESSITA', FARMACIE E PARAFARMACIE DISPONIBILI AD ACCETTARE I BUONI SPESA DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA EROGAZIONE DI BUONI SPESA A VALERE SULLA QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTÀ (ANNUALITÀ 2018). CUP E49E20000230001. **DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE**

Il sottoscritto.....

nato a.....il.....

e residente ain via.....

in qualità di Titolare/Rappresentante legale dell'esercizio commerciale denominato:

.....

Partita Ivacodice fiscale.....

con sede legale ain via.....

e sede operativa.....in via.....

Visto l'avviso pubblico "Buoni Spesa" del Comune di Sant'Onofrio Prot. n. ____ del _____, in aderenza con l'Avviso pubblico predisposto dall'Ambito territoriale n. 1 Vibo Valentia che intende utilizzare le risorse di cui alla "Quota servizi del Fondo Povertà annualità 2018";

In possesso dei requisiti di legge vigenti in materia;

MANIFESTA

la volontà ad accettare i buoni spesa che il Comune di Sant'Onofrio assegnerà in relazione all'oggetto;

DICHIARA

di aver preso visione della deliberazione di Giunta Comunale n. ____ del ____ .05.2020 e dell'Avviso di cui all'oggetto, per l'erogazione dei buoni spesa e di accettarne tutte le condizioni.

In particolare, si impegna a garantire, pena la mancata rendicontazione dei buoni spesa:

- l'osservanza dei prezzi praticati nel periodo precedente la dichiarazione dello stato di crisi relativo al COVID-19 (gennaio 2020) o a giustificare con adeguata motivazione eventuali aumenti;
- registrare quotidianamente i buoni spesa utilizzati nella stessa giornata (su fac-simile fornito dal Comune);

- di non applicare alcuna condizione per l'accettazione dei buoni spesa né in riferimento ad un importo minimo da spendere in contanti né all'applicazione di qualsivoglia riduzione percentuale.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 ai fini della definizione del correlato procedimento

Recapiti:

tel./cell:

email:

Data _____

Firma _____

Allega:

- Fotocopia di documento d'identità personale in corso di validità
- Fotocopia estremi c.c.b. ai fini del rimborso (codice IBAN) da parte del Comune di Vibo Valentia capofila Distretto socio-assistenziale N.1 VV