

ALLEGATO 1



MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI PER L'EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DALL'AZIONE 2 DALL'AVVISO REGIONALE APPROVATO CON D.D. REGIONE TOSCANA N. 20130 DEL 09.12.2020 "POR FSE 2014-2020 Asse B Attività B.2.2.2.a)

"Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19" PROGETTO RESISTO (CUP I39J21000280006)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ___ / ___ / ___ / C.F. _____
residente in _____ (cap _____) Via _____ n. _____
in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/ditta individuale
Ragione sociale : _____
avente _____ sede _____ legale _____ in _____
(cap _____)
Via _____ n. _____
C.F./P.IVA _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

avente la seguente forma giuridica: _____

consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate ai suo riguardi, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e che la falsa dichiarazione comporta la decadenza del beneficio contemplato

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

Ad essere inserito nell'elenco degli esercizi commerciali disponibili ad accettare i buoni spesa relativo al progetto Resisto – azione 2 (di cui Avviso regionale approvato con Decreto Dirigenziale Regione Toscana n.20130 del 09.12.2020 "POR FSE 2014-2020 Asse B Attività B.2.2.2.a")

A TAL FINE DICHIARA:

1. di aver preso visione dell'avviso e di accettare integralmente e incondizionatamente tutto il contenuto;
2. di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
3. che non esistono a carico dell'impresa delle cause ostative di cui al D.Lgs. n. 159/2011 (normativa antimafia) da parte di tutti i soggetti indicati dal D.P.R. n. 252/1998;

4. che l'impresa è attiva e regolarmente iscritta dalla data del ___/___/___ al Registro delle Imprese o altro registro equivalente, della Camera di Commercio di : _____ con i seguenti codici ATECO _____;
5. di essere consapevole che:
 - non sarà possibile 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;
6. il mancato rispetto delle condizioni anzidette comporta la decadenza dal contributo erogato e la restituzione integrale dello stesso;
7. l'erogazione del servizio al cittadino è da ritenersi attiva e pienamente operante dal momento in cui si invia la presente domanda/manifestazione d'interesse e che non si potrà recedere autonomamente dalla fornitura del servizio se non previa comunicazione da inviare mezzo PEC e/o Raccomandata A/R a Società della Salute della Valdinievole;

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.