

SPETT.LE
COMUNE DI MONTEMARANO
Piazza del Popolo
MONTEMARANO

**CONFERMA REQUISITI PER ELENCO ESERCIZI PRESSO CUI SARA' POSSIBILE
UTILIZZARE IL BUONO SPESA DI CUI al decreto Rilancio ter.**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il

Residente a _____, provincia _____ in via _____ n. _____

In qualità di _____

della Società _____ con sede in _____

Cap _____, Provincia _____, via _____

Cod. Fisc. _____ P.I.V.A _____

Tel _____ e-mail _____

PEC _____

Già inserito nell'elenco nella prona fase dell'emergenza,

•

DICHIARA

1. l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
2. di essere in possesso o avere la disponibilità delle attrezzature tecniche, dei materiali e dell'equipaggiamento e mezzi per la prestazione del servizio.
3. di non aver contenziosi aperti con le pubbliche amministrazioni.
4. di non aver reso false dichiarazioni
5. di essere in regola con i versamenti dei contributi e/o degli accantonamenti previsti dai predetti Enti;
6. di aver preso conoscenza di tutte le norme, condizioni, prescrizioni e modalità dell'avviso, ivi compreso il presente modello di "manifestazione di interesse", accettandoli incondizionatamente senza riserva alcuna;
7. di dare espresso consenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura di selezione e degli adempimenti conseguenti.
8. di Impegnarsi a 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;
che l'orario di apertura del proprio esercizio commerciale è il seguente _____

SI IMPEGNA AD

- 1) Accettare i buoni nominativi che saranno emessi dal comune di Montemarano debitamente sottoscritti e datati;
- 2) consegnare al Comune di Montemarano i buoni utilizzati dai beneficiary, unitamente alla documentazione fiscale, vistati e timbrati dal Punto vendita, .

3) accettare i suddetti buoni solo ed esclusivamente per l'acquisto delle seguenti tipologie di prodotti:

- prodotto alimentari o prodotti di prima necessità (tra cui prodotti farmaceutici)

Luogo e Data

Timbro e Firma

Allegare fotocopia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità