



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
 PROGRAMMA OPERATIVO



Al Signor Sindaco ALL.B
 del Comune di RIPOSTO

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ADESIONE, MEDIANTE CONVENZIONE, DA PARTE DEGLI **ESERCIZI COMMERCIALI DI VENDITA DI GENERI ALIMENTARI E DI PRIMA NECESSITA', DELLE FARMACIE E DEI FORNITORI DI BOMBOLE DI GAS**, CON SEDE NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI RIPOSTO, ALLA PROCEDURA PREVISTA DALLE MISURE DI SOSTEGNO DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONE SICILIA N. 124 DEL 28.03.2020, IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE CONSEGUENTE AL COVID-19, A VALERE DELLE RISORSE POC 2014/2020 E FSE 2014/2020.

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ il _____ residente

in _____ Via _____

nella qualità di Legale Rappresentante dell'Esercizio Commerciale/ Farmacia con sede in Riposto

via _____ n _____ Tel _____

Cell _____ email _____

DICHIARA*

Di partecipare alla manifestazione d'Interesse per aderire alla Convenzione di cui in oggetto, consapevole che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000, saranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, nel caso di falsità in atto e dichiarazioni false e mendaci.

A tal fine dichiara:

- Di voler aderire all'attuazione delle misure di Sostegno adottate dalla Regione Sicilia in occasione dell'emergenza da COVID-19, attraverso la sottoscrizione dell'allegata Convenzione ;
- Di essere disponibile alla fornitura dei Beni oggetto della propria attività commerciale, acquistati attraverso il sistema dei Buoni-Spesa (per *generi alimentari , prodotti farmaceutici , prodotti per l'igiene personale e domestica , bombole del gas*) rilasciati da Codesto Comune ai nuclei familiari che versano in stato di disagio economico e sociale a causa dell'emergenza legata al COVID-19;
- Di essere disponibile ad applicare i normali prezzi al consumo, comprese tutte le offerte periodicamente praticate;
- Di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ al numero _____ di registro;
- Di non rientrare in nessuna delle condizioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs n. 50/2016 e ss.mm.ii.
- Di non trovarsi in nessuna altra situazione che possa determinare l'incapacità a contrarre con la P.A.;
- Di essere in regola con gli obblighi previsti per il pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei propri lavoratori dipendenti.

 (luogo e data)

 (Firma digitale del legale Rappresentante)

*La presente Dichiarazione deve essere corredata da copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.