



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

PON  
INCLUSIONE

MIO

MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



Regione Siciliana

**CONTRASTO ALLA POVERTA' E SOSTEGNO ALLE PERSONE INDIGENTI  
AVVISO 1/PR.IN.S. - REACT - EU.**

Programma Operativo Nazionale Inclusionione 2014-2020 REACT-EU - Asse 6 - "Interventi di contrasto agli effetti del COVID-19" al fine di attuare interventi volti a favorire l'integrazione delle persone in condizione di povertà, marginalità estrema e senza dimora. AVVISO 1/PRINS - CUP

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 45  
COMUNI DI MODICA, SCICLI, ISPICA E POZZALLO  
DOMANDA DI ADESIONE ESERCIZI COMMERCIALI**

Al Comune di Modica  
Capofila del DSS 45

PEC: .....

**OGGETTO:** Adesione alla misura di sostegno all'emergenza socio-assistenziale Attivata dal Programma Operativo Nazionale Inclusionione 2014-2020 REACT-EU - Asse 6 - "Interventi di contrasto agli effetti del COVID-19" al fine di attuare interventi volti a favorire l'integrazione delle persone in condizione di povertà, marginalità estrema e senza dimora. AVVISO 1/PRINS

Buoni spesa per nuclei familiari in condizioni di disagio economico emessi dai Comuni del Distretto Socio sanitario 45 (Modica, Scicli, Ispica e Pozzallo)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

in qualità di titolare/legale rappresentante dell'esercizio commerciale:

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

P.IVA: \_\_\_\_\_ SEDE LEGALE / FISCALE in \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_

SEDE PUNTO VENDITA via \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

DISTRETTO  
SOCIO SANITARIO



Comune di  
Modica



Comune di  
Scicli



Comune di  
Ispica



Comune di  
Pozzallo



ASP7 Ragusa

D45

Atteso che, questa ditta risulta già accreditata presso i competenti Uffici dei Comuni del distretto socio Sanitario 45 (Modica, Scicli, Ispica, Pozzallo) visto l'Avviso Pubblico avente ad oggetto "

### CHIEDE

La conferma di adesione quale esercizio commerciale di vendita al dettaglio di generi alimentari, prodotti di pulizia personale e domestica, prodotti farmaceutici e bombole del gas con sede nel territorio del Comune di \_\_\_\_\_, alle procedure previste dalle misure di sostegno di cui all'Avviso I/Pr.In.S.

A tal uopo, dichiara di accettare come forma di pagamento, da parte degli acquirenti, i buoni spesa che il Comune rilascerà ai cittadini aventi diritto per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari e beni di prima necessità di cui al citato Avviso, secondo le modalità e i termini in esso previsti.

La Ditta scrivente, con la partecipazione alla presente procedura, dichiara altresì di accettare integralmente l'Avviso Pubblico in oggetto.

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dagli artt. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

### DICHIARA

- 1) di essere in possesso dei requisiti per contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- 2) di essere iscritto nel registro delle Imprese presso la camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura per le attività inerenti l'Avviso Pubblico;
- 3) di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali (DURC).
- 4) di autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per l'adesione al servizio in oggetto, ai sensi del GDPR n. 679/2016 (Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali).

Data \_\_\_\_\_

### IL RICHIEDENTE

(Timbro dell'esercizio e firma leggibile per esteso del legale rappresentante )

Si allega alla presente una copia del documento di riconoscimento del firmatario in corso di validità e DURC valido.

DISTRETTO  
SOCIO SANITARIO



D45