



**COMUNE DI FIESOLE  
CITTA' METROPOLITANA DI FIRENZE**

**MANIFESTAZIONI DI INTERESSE  
PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO COMUNALE DI ESERCIZI COMMERCIALI,  
FARMACIE E PARAFARMACIE DISPONIBILI AD ACCETTARE I BUONI SPESA DI  
CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA  
PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020**

*Al Dipartimento Servizi alla Persona  
Servizi Educativi / Sociali / Sport  
del Comune di Fiesole  
Piazza Mino 26  
50014 Fiesole (FI)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante del soggetto giuridico (inserire l'esatta denominazione sociale):

\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco comunale di esercizi commerciali, farmacie disponibili ad accettare i buoni spesa emessi dal Comune di Fiesole ai sensi dell'O.C.D.P.C. n. 658 del 29/03/2020, secondo le modalità di cui allo specifico Avviso Pubblico.

A tal fine il sottoscritto, sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e delle disposizioni del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,



## DICHIARA

- di accettare buoni spesa emessi dal Comune di Fiesole finalizzati all'acquisto di generi alimentari e/o prodotti di prima necessità e distribuiti a nuclei familiari in difficoltà, con le caratteristiche e secondo le modalità di cui allo specifico Avviso Pubblico;

- di non applicare, nei confronti degli utilizzatori, alcuna condizione per l'accettazione dei buoni spesa, come ad esempio qualsivoglia riduzione percentuale rispetto al valore nominale dei buoni stessi;

- di accettare i buoni spesa esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari e/o prodotti di prima necessità, quali prodotti per l'igiene personale, igiene della casa, medicinali e prodotti farmaceutici ed impegnarsi a non vendere alcolici o tabacco;

[ ] di effettuare i seguenti servizi aggiuntivi (quali consegna a domicilio o prenotazione spesa telefonica / on line con ritiro presso il punto vendita) *[facoltativo]*:

---

---

---

[ ] di rendersi disponibile ad applicare, sul valore complessivo della spesa, un sconto a titolo di solidarietà alimentare pari ad un percentuali del \_\_\_\_\_ % *[facoltativo]*.

## DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a rispettare tutto quanto previsto dallo specifico Avviso Pubblico, di cui il presente modulo è parte integrante e sostanziale e, in particolare, a rispettare quanto previsto agli articoli 2, 3 e 4 riguardanti le caratteristiche dei buoni spesa, il corrispettivo e la durata;

- di essere in possesso di idonei requisiti professionali, tecnici ed economici previsti per la tipologia dell'avviso;

- di essere in regola in materia di versamento dei contributi previdenziali e assicurativi;

- di non trovarsi in nessuna altra situazione che possa determinare l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;

- di essere informato che i dati personali forniti, obbligatori per le finalità connesse all'Avviso Pubblico, saranno trattati dal Comune di Fiesole ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679.



- di impegnarsi a mantenere riservati e non divulgare a terzi estranei i dati da lui conosciuti nell'ambito dello svolgimento della prestazione se non nelle forme consentite dalla legge e a non utilizzare a fini propri o comunque non connessi con l'espletamento delle finalità dell'Avviso Pubblico, i dati personali venuti in suo possesso. Tratterà altresì i dati personali di cui verrà a conoscenza ai sensi del Regolamento UE sopra richiamato, assicurandone il rispetto di tutte le prescrizioni con gli obblighi civili e penali conseguenti.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

---