



**REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO LAVORO, FORMAZIONE, POLITICHE SOCIALI**

**PIANO AZIONE E COESIONE (PAC) CALABRIA 2014-2020
ASSE 10 – Inclusione sociale**

Obiettivo Specifico 9.1 “Riduzione della povertà, dell’esclusione sociale e promozione dell’innovazione sociale”

Linea di Azione 9.1.3 “Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica”

MISURA DI SOLIDARIETÀ CALABRIA

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ IN
FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA
ALL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 DI CUI ALLA D.G.R. 44/2020 E D.D. N. 6049/2020**

COMUNE DI Chiaravalle Centrale

Allegato 4

Linee guida/Schema di Avviso Pubblico dei Comuni rivolto ai Cittadini

**Oggetto: Misura di solidarietà Calabria - Erogazione di misure per il sostegno e la solidarietà alimentare in favore di nuclei familiari in difficoltà, anche temporanea, dovuta all'emergenza sanitaria da Covid-19 di cui alla DGR 44/2020 e D.D. n. 6049/2020 - Avviso Pubblico del Comune di Chiaravalle Centrale per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per la formazione di un elenco di esercizi commerciali, farmacie e parafarmacie, per l'utilizzo dei buoni spesa denominati "Misura di solidarietà Calabria".
RICHIESTA DI RIMBORSO.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ In qualità
di legale rappresentante della Ditta/società/farmacia _____
P,iva/C.f.: _____ Recapito
telefonico _____ indirizzo e-mail _____ PEC _____ Vista la
Convenzione _____ sottoscritta in data _____ tra l'odierno richiedente e il Comune di

CHIEDE

- Il rimborso della somma di € _____, 00 dicono euro _____/00 di cui alla fattura elettronica/nota di debito n. _____ del _____;
- Che la suddetta somma venga accreditata sul seguente conto corrente intestato alla richiedente impresa: IBAN _____

DICHIARA

- di non trovarsi in nessuna incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- essere in possesso delle necessarie autorizzazioni previste dalla vigente normativa per l'esercizio della propria attività;
- di essere in regola con gli obblighi fiscali, previdenziali ed assistenziali, o di presentare autocertificazione per eventuale esenzione del DURC;
- che tutti i buoni spesa di cui si chiede il rimborso sono stati utilizzati esclusivamente per beni appartenenti alle categorie espressamente indicate nel disciplinare e relativi allegati;
- che i beneficiari dei buoni di cui si chiede il rimborso, al momento dell'utilizzo e della esibizione agli operatori di cassa o di sportello, sono stati debitamente identificati a mezzo documento di riconoscimento.

Acconsente, ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea 679/2016 (codice in materia di protezione dei dati personali), al trattamento dei propri dati anche personali, per le finalità inerenti la procedura di affidamento del servizio.

Allegati:

1. Modello B Autocertificazione di iscrizione alla CCIAA con dicitura antimafia;
2. Documentazione prevista per rendicontazione (scaricabile dalla piattaforma oppure mediante file excel, correttamente compilato, secondo l'apposito modello predisposto);
3. Buoni spesa di cui si chiede il rimborso IN ORIGINALE, con allegati scontrini ai quali i buoni sono riferiti (spillati nello stesso ordine di elencazione previsto dal modello di cui al precedente punto 2);
4. Copia di un valido documento di identità del dichiarante Legale rappresentante.

Luogo e data _____

Firmato
Il Legale Rappresentante
(timbro dell'impresa)