

ALLEGATO 1

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
ai sensi del D.P.R. 445/00

Spett.le
Farmacie Comunali Riunite
Via Doberdò, 9
42122 Reggio Emilia
P.IVA 00761840354
tel. 0522/5431 - fax 0522/550146
Pec: fcr.servizisociali@pec.it
e-mail: servizi.sociali@fcr.re.it

Oggetto: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ISCRIZIONE ALLA "LISTA DEI GESTORI CAMPI GIOCO ANNO 2018".

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

il _____ come da allegata fotocopia del documento di identità dichiarato,
conforme all'originale, con scadenza in data _____ codice fiscale

in qualità di _____

in rappresentanza del Gestore _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

ai fini delle comunicazioni autorizza all'utilizzo dell'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

_____ o e-mail

consapevole delle conseguenze penale in caso di falsità,

dichiara l'interesse dell'Operatore economico rappresentato a prendere parte alla lista così come indicata in oggetto, ed inoltre

♣ comunica che l'Operatore economico rappresentato come da certificato CCIAA emesso in data _____ è iscritto n. _____ per l'attività di _____ (se presente);

♣ comunica che ha sede legale in _____ via _____
_____;

COMUNICA

(barrare la comunicazione che si intende rilasciare):

- di aver ottenuto la Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) n. _____ del _____ presso il Comune di Reggio Emilia in virtù della Direttiva Regionale n. 247 del 26/02/2018;
- comunica l'avvenuta presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) presso il Comune di Reggio Emilia in virtù della Direttiva Regionale n. 247 del 26/02/2018, in data _____;
- in alternativa, manifesta l'impegno a presentare la Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) presso il Comune di Reggio Emilia per l'espletamento delle attività di campo gioco in virtù della Direttiva Regionale n. 247 del 26/02/2018;

inoltre:

- ▲ comunica che per l'espletamento delle attività rivolte ai bambini disabili applicherà le seguenti tariffe orarie per ogni diversa tipologia di figura professionale impiegata calcolate sulla base delle tariffe di categoria vigente

Profilo professionale	Eventuale inquadramento	Costo orario di servizio	% Iva da applicare sul costo orario del servizio (in alternativa indicare gli estremi cui si è soggetti per la non applicazione dell'iva)	Indicazioni delle specifiche funzioni ed attività a supporto dei bambini disabili se svolte da figure professionali dedicate

- ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 196/03, dichiara di essere informato, e di dare il proprio consenso, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici ed autorizza alla pubblicazione del proprio nominativo sul sito di FCR ed in ogni iniziativa pubblica che si terrà sull'oggetto del progetto;

MANIFESTA

il proprio impegno ad utilizzare solo operatori, che siano esenti da condanne per i reati di cui agli art. 600 bis, 600 ter, 600 quater, 600 quinquies e 609 undecies c.p. ovvero dall'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Letto, confermato e sottoscritto in data:

Il Dichiarante

Timbro e Firma leggibile

Si allega:

- ✦ copia conforme all'originale del documento di identità del sig. _____, rappresentante legale dell'Operatore economico _____ con scadenza in data _____;
- ✦ polizza assicurativa per l'espletamento delle attività di campo gioco rivolta ai bambini disabili con copertura del personale e dell'utenza.