

EMERGENZA COVID – 19
COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI ESERCIZI COMMERCIALI PER L'ACCETTAZIONE DI
BUONI SPESA UTILIZZABILI PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI

All'Asp ambito 9

Via Gramsci, 95

60035 Jesi (AN)

Pec: asp.ambitonove@emarche.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente a _____ in via _____ n.
_____ cap. _____ codice fiscale _____

Titolare della ditta individuale

Legale Rappresentante della Società

Denominazione _____
_____ con sede a _____ via _____ n. _____ cap.
_____ codice fiscale _____ e partita I.V.A. _____
_____ e-mail _____ pec _____

_____ consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, le sanzioni previste dal vigente Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di cui all'oggetto e, a tal fine e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

- che l'impresa è iscritta alla C.C.I.A.A. di _____ al n. _____ in data _____ per l'attività di _____ ;

- che l'Impresa ha sede a _____ in via _____ ;

- che l'Esercizio è ubicato nel Comune di _____ via _____

_____ ;
tel. _____ cell. _____
mail _____ pec _____

Con la presente,

FORMALMENTE ASSUME L'IMPEGNO DI:

- accettare i buoni spesa del valore nominale di € 50,00 (cinquanta/00) certificati ASP AMBITO 9 assegnati a soggetti colpiti dalla situazione economica determinatasi per effetto dell'emergenza COVID-19.
- garantire che il trattamento dei dati personali dei titolari dei buoni spesa nominali che utilizzeranno i buoni presso il proprio punto vendita avverrà nel rispetto del Regolamento U.E. 2016/679.
- facoltativo** di riconoscere, in aggiunta al valore nominale del buono spesa, un fondo di solidarietà, sotto forma di donazione, pari ad almeno il 5% del valore del buono stesso;

Al fine del rimborso dei buoni spesa dichiara:

- che invierà i buoni utilizzati dai beneficiari regolarmente annullati con timbro e firma dell'esercizio commerciale;
- i dati per l'accredito su conto corrente postale o bancario Codice IBAN (inserire un numero o lettera per casella)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allega alla presente copia del documento di identità.

Luogo e data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante _____