

Al Comune di Massa di Somma

Oggetto:	<b>Manifestazione di interesse per l'inserimento nell'elenco comunale di esercizi commerciali e farmacie disponibili ad accettare i buoni spesa di cui al D.L. n. 173 del 25/05/2021 e all' OCDPC n. 658 del 29/03/2020</b>
----------	---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di titolare di esercizio commerciale per la vendita di generi alimentari e/o di  
prima necessità, o farmacia, comunica le seguenti informazioni:  
Ragione Sociale: \_\_\_\_\_  
Indirizzo e recapiti telefonici: \_\_\_\_\_  
Partita IVA: \_\_\_\_\_  
Orari di apertura: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

*(l'esercente che intende aderire, accetta tutte le condizioni sottostanti)*

- la propria manifestazione di interesse per l'inserimento nell'elenco comunale di esercizi commerciali e farmacie disponibili ad accettare i buoni spesa;
- che la sede operativa del proprio esercizio commerciale è presente sul territorio comunale o Comuni limitrofi (Cercola, Pollena Trocchia, San Sebastiano al Vesuvio);
- di aver visionato ed accettato le condizioni disposte dal relativo Avviso Pubblico;
- di impegnarsi a non applicare alcuna condizione per l'accettazione dei buoni spesa né in riferimento ad un importo minimo da spendere in contanti, né all'applicazione di qualsivoglia riduzione percentuale;
- la disponibilità a costituire e riconoscere sul valore nominale del buono spesa, un fondo pari a 5% del valore del buono stesso, per la copertura dei costi di gestione.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere:

- consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
- informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii, i dati personali raccolti saranno trattati nell'assoluto rispetto della normativa;

....., li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_