

PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE – Fondo Povertà annualità 2017 -

CUP C11H17000430005 - Disponibilità ad accettare buoni spesa

__l__ sottoscritt _____

nat__a_____ il_____, residente a _____

in via/Piazza _____

C.F./p. Iva _____ TEL. _____

Email: _____

PEC: _____

nella qualità di TITOLARE dell'esercizio commerciale sotto specificato

CHIEDE

che l'attività denominata _____

ubicata in Capaci, via _____

sia inserita nell'elenco degli esercizi commerciali per la spendita dei buoni spesa per l'acquisto di

generi alimentari [_] indumenti [_] calzature [_]

farmaci [_]

A tal riguardo DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di falso, di non versare nelle ipotesi di incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione; di non essere destinatario di misure interdittive ai sensi del D. lgs. 159/2011; e di essere iscritto alla

C.C.I.A.A. di _____ sez. _____

Attività _____

Allega alla presente copia del documento di identità

Lì _____

FIRMA _____