**All’ Istituto Ortopedico Rizzoli**

**SC Affari Legali e Generali**

**Via Pec: affari.generali@pec.ior.it**

OGGETTO: PROPOSTA DI STIPULA DI CONVENZIONE NON ONEROSA PER LA FORNITURA DI SERVIZI DI ASSISTENZA FISCALE A FAVORE DEI DIPENDENTI DELL’ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI.

**I. DATI DEL PROPONENTE**

Ragione sociale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale o partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati legale rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale del legale rappresentante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede legale: Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_; Sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_, PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Descrizione dell’attività svolta dal proponente:

**II. CONDIZIONI OFFERTE AI DIPENDENTI DELL’ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI**

Descrizione delle condizioni generali di maggior favore riservate al personale:

**Allegare**: listino prezzi dei servizi di assistenza fiscale che si intende offrire, indicando il prezzo comunemente applicato e quello riservato ai dipendenti dell’Istituto Ortopedico Rizzoli espresso anche in % di sconto.

**III. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

Il/la sottoscritto (nome e cognome), Codice fiscale o partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di persona fisica/ legale rappresentante della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ragione sociale), Codice fiscale o partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

* di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
* che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti sul dichiarante ovvero sulla società/ente di cui il dichiarante è legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del proponente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(SOTTOSCRIVERE CON FIRMA DIGITALE ALTRIMENTI ALLEGARE UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ)