

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di titolare dell'esercizio commerciale \_\_\_\_\_

---

**DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO COMUNALE DI ESERCIZI COMMERCIALI E FARMACIE DISPONIBILI AD ACCETTARE I BUONI SPESA DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020**

a tale scopo comunica le seguenti informazioni:

- Ragione Sociale: \_\_\_\_\_
- Indirizzo : \_\_\_\_\_
- Indirizzo e mail/pec \_\_\_\_\_
- recapito telefonico \_\_\_\_\_
- Partita IVA: \_\_\_\_\_
- Orari apertura \_\_\_\_\_
- Eventuale disponibilità a fornire servizio aggiuntivo di consegna a domicilio della spesa effettuata: \_\_\_\_\_ ( *rispondere si o no* );
- Eventuale disponibilità a costituire, in aggiunta ad almeno il 5% del valore del buono stesso: \_\_\_\_\_ ( *rispondere si o no* ).

**Dichiaro** di impegnarmi a non applicare alcuna condizione per l'accettazione dei buoni spesa né in riferimento ad un importo minimo da spendere in contatti né all'applicazione di qualsivoglia riduzione percentuale.

Allego copia del documento d'identità.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO

---