

**PROPOSTA PER LA SOTTOSCRIZIONE DI UNA CONVENZIONE NON ONEROSA
A FAVORE DEI DIPENDENTI IN SERVIZIO PRESSO L'AUTOMOBILE CLUB
D'ITALIA**

All. 3

DATI DEL PROPONENTE

(titolo, nome e cognome, ovvero ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA: _____

Dati del legale
rappresentante: _____

(nome e cognome)

Codice fiscale: _____

Sede legale: Via/Piazza _____, n. _____

Città _____, Prov. _____, CAP _____, Telefono _____

sito web _____

E-mail _____

PEC _____

**A tal fine dichiara di aderire all'avviso di convenzione non onerosa a
favore dei dipendenti in servizio presso l'Automobile Club d'Italia (ACI),
finalizzata ad offrire ai propri dipendenti, ove interessati, tariffe
agevolate e/o sconti per frequentare corsi di studio per il**

conseguimento del diploma di scuola secondaria di secondo grado (quinquennale).

Descrizione dell'attività svolta dal proponente:

CONDIZIONI OFFERTE AI DIPENDENTI E AL PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO L'AUTOMOBILE CLUB D'ITALIA

Indicare succintamente le condizioni generali di maggior favore riservate al personale dell'Automobile Club d'Italia:

TABELLA DI COMPARAZIONE (Nella tabella sottostante, il proponente deve indicare il prezzo comunemente applicato e quello riservato ai dipendenti dell'Ente).

Prestazione offerta	Prezzo comunemente applicato	Prezzo ai dipendenti ACI

Data _____

Firma del Proponente _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

(nome e cognome)

Codice fiscale o partita IVA: _____

in qualità di persona fisica/ legale rappresentante della società

(ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA: _____

Sede legale: 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 su di me ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.**

Data _____

Firma _____