

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a a _____ provincia _____ il _____
codice fiscale _____
in qualità di _____ munito del potere di rappresentanza
della Società _____ partita IVA/Codice Fiscale _____
con sede legale in _____ piazza/via _____ n. _____ c.a.p. _____
telefono _____ fax _____ indirizzo e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

in relazione all'affidamento del "Servizio /Fornitura/Fornitura in service di _____" –
D.D.G. n. _____ del _____, CIG _____

al fine di poter assolvere agli obblighi in materia di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 e s.m.i.,

DICHIARA
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, della Legge n. 136/2010 e s.m.i.

- che gli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i bancario/i o postale/i dedicato/i alla gestione dei movimenti finanziari relativi all'affidamento in oggetto sono i seguenti:

ISTITUTO _____
AGENZIA/FILIALE _____
C/C _____
Codice IBAN _____
INTESTARIO _____

- che le generalità e codice fiscale delle persone delegate ad operare sul/i conto/i dedicato/i sopra indicato/i sono le seguenti:

Nome e Cognome _____
Codice Fiscale _____
Luogo e data di nascita _____
Residente a _____ in piazza/via _____ n. _____ c.a.p. _____

DICHIARA inoltre

- 1) di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge n. 136/2010 e s.m.i.;
- 2) di obbligarsi a comunicare alla Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata ogni eventuale modifica che dovesse intervenire in relazione ai dati sopra riportati entro 7 (sette) giorni dall'avvenuta modifica;

(Luogo).....(data).....

FIRMA DEL DICHIARANTE

N.B. Allegare alla presente dichiarazione copia fotostatica del documento di identità del dichiarante.