

DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA DELLA DITTA

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE ASLBT  
VIA FORNACI, 201 ANDRIA (BT) 76123  
AREA AMMINISTRAZIONE E FINANZA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI D.P.R. 445/2000 E DELLA  
LEGGE 136 DEL 13 AGOSTO 2010 "TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI".**

In data \_\_\_\_\_ il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
(eventualmente) procura generale/speciale n. rep. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ quale legale rappresentante dell'azienda:

<b>RAZIONE SOCIALE</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>PARTITA I.V.A.</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	
<b>COD. NSO</b>	

con la presente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art.3 della legge n.136/2010, relativi ai pagamenti di lavori, servizi e forniture effettuati a favore dell'Amministrazione in indirizzo

**DICHIARA:**

✓ gli estremi identificativi dei conti correnti "dedicati" ai pagamenti dei contratti stipulati con ASLBT:

**Estremi identificativi**

- ISTITUTO \_\_\_\_\_  
- AGENZIA \_\_\_\_\_  
- C/C IBAN \_\_\_\_\_

**Generalità persone delegate ad operare:**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**Firma del legale rappresentante/procuratore**

(allegare copia del documento di identità e codice fiscale del dichiarante)

La sottoscrizione della presente impegna anche alla comunicazione di ogni possibile variazione dei dati sopra esposti, mediante comunicazione di un nuovo modello. Si ricorda che, con la sottoscrizione della presente, codesta ditta si assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 comma 8 della L. n. 136 del 13/08/2010 e s.m.i. e che la mancata indicazione del conto dedicato costituisce causa di risoluzione del contratto.

**MEDIANTE APPOSIZIONE DI TIMBRO E FIRMA  
SI AUTORIZZA ANCHE IL TRATTAMENTO E L'UTILIZZO DEI DATI  
AI SENSI DEL GDPR 679/2016**

.....

**DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA DELLA DITTA**

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE ASLBT  
VIA FORNACI, 201 ANDRIA (BT) 76123  
AREA AMMINISTRAZIONE E FINANZA

**Al fine di agevolare il pagamento, ancorché non previsto dalla legge, si prega di riportare il Codice Identificativo Gara (CIG) ed eventualmente il Codice Unico di Progetto (CUP), riportato anche sul relativo ordine di acquisto/affidamento, sui documenti relativi a ciascuna transazione inerente la fornitura. (es Fatture, etc)**