

MODELLO TRACCIABILITA'

Timbro ditta

All'Azienda Regionale DSU Toscana  
Servizio Amministrazione e Contabilità  
Viale Gramsci, 36  
50132 Firenze  
e, p.c. Servizio Approvvigionamenti e Contratti

Fax 055/2261258

Oggetto: Comunicazione dati ai sensi dell'art.3, c.7, della Legge 136/2010.

Oggetto fornitura/servizio: PROCEDURA AFFIDAMENTO DIRETTO DELLA FORNITURA N. 10.000 MASCHERINE FFP2 – CIG ZAE34F3F36

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000, N.445.**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_,

In qualità di:

- titolare
- legale rappresentante
- procuratore come da procura n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

dell'Impresa appaltatrice/affidataria

\_\_\_\_\_  
(indicare l'esatta denominazione comprensiva della forma giuridica)

Con sede in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_,  
codice fiscale n. \_\_\_\_\_ p.IVA n. \_\_\_\_\_

consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

In ottemperanza alle disposizioni della legge 13 agosto 2010 n.136 in materia di tracciabilità dei flussi finanziari che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale dedicato alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi alla gestione del contratto, sono i seguenti:

- conto corrente bancario n° \_\_\_\_\_  
codice IBAN \_\_\_\_\_  
presso la Banca \_\_\_\_\_.  
Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_  
CAB \_\_\_\_\_  
CIN \_\_\_\_\_;

(oppure)

- conto corrente postale n° \_\_\_\_\_  
codice IBAN \_\_\_\_\_  
presso le Poste Italiane SpA;

- che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:

◇ Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
cod.fisc. \_\_\_\_\_;

◇ Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
cod.fisc. \_\_\_\_\_;

◇ Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
cod.fisc. \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare ogni modifica dei dati sopra indicati entro sette giorni dalla variazione.

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

**COMUNICAZIONE PER LA DITTA:**

**La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta da parte del soggetto dichiarante che dovrà allegare un documento di riconoscimento in caso di firma non digitale.**

(Si precisa di inserire il documento di riconoscimento insieme al presente modulo al fine di creare un unico file.)