

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 NEGOZIATA AI SENSI ART. 36, COMMA 2 LETT. B) DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I. SVOLTA CON MODALITA' TELEMATICA PER L' AFFIDAMENTO IN APPALTO DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE DAL LUNEDI' AL VENERDI' CON APPLICAZIONE DEI CRITERI AMBIENTALI MINIMI AI SENSI DELL'ART. 34 D.LGS. 50/2016, DESTINATO AGLI STUDENTI DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA - SEDE DISTACCATA DI AREZZO. DURATA 36 MESI
GARA N. 9066207 - CIG N. 979223257A

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.)