

*ALLEGATO 4 – MODULO TRACCIABILITÀ [si prega di compilarlo digitalmente]*

**COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI**

**OBBLIGHI TRACCIABILITA’ MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)**

**Al Direttore della SdS di Firenze**

**V.le della Giovine Italia n. 1/1**

**50122 Firenze**

La\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ragione sociale)* con sede via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARTITA IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[inserire entrambe le informazioni se presenti, se non in possesso della P. IVA sbarrare il campo]

avente la seguente forma giuridica:

🗆 onlus 🗆 associazione volontariato 🗆 altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Legale Rappresentante (Cognome, nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all’art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

**ASSUME**

* Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all’art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell’inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

**COMUNICA**

* Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l’Istituto di credito *[INDICARE SOLO UN CONTO]*:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AG. n. \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* codice IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* I dati dell’intestatario del conto corrente (nome/*ragione sociale completa, sede legale e/o dell’unità produttiva che gestisce l’appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:
1. Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, operante in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*specificare ruolo e poteri*);
2. Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, operante in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*specificare ruolo e poteri*);
3. Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, operante in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*specificare ruolo e poteri*);

**DICHIARA**

Di 󠆬 ☐ essere soggetto a DURC oppure 󠆬 ☐ non essere soggetto

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Firenze quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ditta, altro…) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Firenze di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il legale rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(timbro e firma)*

Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero**, sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all’ufficio competente via PEC (****segreteria@pec.sds.firenze.it****)**