

**COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI OBBLIGHI  
TRACCIABILITA' MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)**

**Al Direttore della SdS Zona Fiorentina Nord Ovest  
Via Gramsci, n. 561  
50019 Sesto Fiorentino**

La \_\_\_\_\_ (ragione sociale) con  
sede

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ 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:

a) Sig. \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, operante in

- qualità di \_\_\_\_\_ (*specificare ruolo e poteri*);
- b) Sig. \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, operante in  
qualità di \_\_\_\_\_ (*specificare ruolo e poteri*);
- c) 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 Zona Fiorentina Nord Ovest 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 Zona Fiorentina Nord Ovest 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 FAX (055 2616259), email ([sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it)), PEC ([direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it)), tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**