

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE BT  
 AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE  
 VIA FORNACI 201  
 76123 ANDRIA (BT)

**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/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
 quale legale rappresentante dell'azienda:

<b>RAGIONE SOCIALE</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>	
<b>PARTITA I.V.A.</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	
<b>LOCALITA' / CAP</b>	
<b>TEL. / FAX</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>PEC</b>	
<b>CODICE UNIVOCO</b>	
<b>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 ASL BT:

**Estremi identificativi**

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

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

**Generalità persone delegate ad operare:**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Firma e timbro  
 (anche per il consenso dei dati sensibili)

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