

Spett.le AULSS 8 Berica  
Viale F. Rodolfi, 37 – 36100 VICENZA  
C.F. e P.IVA: 02441500242  
UOC Contabilità e Bilancio

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRACCIABILITA' FINANZIARIA DI CUI  
ALLA L.13.08.2010 N. 136 E SS.MM.II**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
codice fiscale dell'impresa n. \_\_\_\_\_  
Partita IVA n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
E-mail uffici amministrativi \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

-di assumersi tutti gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della L. 13 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii

-di impegnarsi a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia di Vicenza della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria;

**COMUNICA**

che gli estremi identificativi del conto corrente dedicato da utilizzare per i pagamenti, a partire dalle competenze del mese di \_\_\_\_\_ sono:

Banca \_\_\_\_\_  
Sede/Agenzia \_\_\_\_\_  
Intestazione \_\_\_\_\_

**Codice IBAN**

Paese	Cod. controllo	Cin	ABI	CAB	CONTO CORRENTE																		

-che le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto di cui prima sono:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Carica \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Carica \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

-di autorizzare ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 193/2003 e ss.mm.ii il trattamento manuale/informatizzato dei dati personali;

**-di allegare al presente atto, ai sensi del D.P.R. 445/00, copia di un valido documento di identità del sottoscrittore.**

(Data \_\_\_\_\_, luogo \_\_\_\_\_)

**FIRMA**

(del legale rappresentante dell'impresa o di altro soggetto  
validamente delegato, munito di poteri di firma)

\_\_\_\_\_