

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Oggetto: Aree interne sostegno e cura in Val Bisenzio - Avviso Regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari nelle aree interne 4 Casentino/Valtiberina e 6 Mugello/Valdarno/Val Bisenzio" a valere sul PR FSE + 2021-2027 (cod.326730 - CUP G39G26000200006 CIG BCA3A9E8A3)

(D.D. Regione Toscana n. 12748 del 08.06.2026)

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 Prato 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*);

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 Prato 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.

Si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Prato di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

Si allega copia del documento di identità in corso di validità