

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' E DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Spett.le ASL CN1
Via C. Boggio, 12
12100 Cuneo (CN)

Da restituire via email PEC a:
anagrafornitori@aslcn1.legalmailPA.it

S.C. Bilancio e Contabilità

Descrizione Contratto¹:

Il/La sottoscritto/a			
	cognome	nome	

nato	a	il	
	città	prov.	gg/mm/aa

residente			
	città civico	prov.	Via/corso/piazza n.

Codice fiscale	
----------------	--

in qualità di:

- titolare
- legale rappresentante
- procuratore

in quanto soggetto che ha il potere di agire in nome e per conto dell'Impresa:

denominazione	
---------------	--

sede legale			
	Cap - città	prov.	Via/corso/piazza n. civico

¹ Per l'iscrizione nell'anagrafica dei Fornitori è necessario disporre di un contratto stipulato.

Codice fiscale	
----------------	--

Partita IVA	
-------------	--

N. telefono		N. fax	
-------------	--	--------	--

Casella posta elettronica NON certificata	
---	--

Casella posta elettronica certificata	
---------------------------------------	--

Codice trasmissione NSO:

ID PEPPOL	
CODICE NSO/SDI COOP	
PEC	

Consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000), essendo controparte nel contratto con l'ASL,

RICHIEDE

- Inserimento in anagrafica fornitori
- Variazione in anagrafica fornitori
- Variazione del conto dedicato

COMUNICA

- Di essere Fornitore di Dispositivi Medici (DM) e di attenersi all'art.9 ter, comma 6, del D.L. n. 78/2015, s.m.i. come da L. n. 125/2015;
- Di essere Fornitore di Farmaci e/o altre specialità medicinali con AIC e di attenersi alle disposizioni di cui al D.M. 20/12/2017 del M.E.F.

REGIMI FISCALI PARTICOLARI

Si prega di prestare particolare attenzione nella compilazione dei campi sottostanti destinati esclusivamente ai Libero Professionisti ed alle Imprese con regimi IVA particolari.

- L'attività di cui al contratto sopra descritto deve essere assoggettata fiscalmente come segue:

- 1) Libero Professionista con applicazione della ritenuta d'acconto 20% (regime ordinario – versamento ritenuta d'acconto 20% a cura del sostituto d'imposta ASL CN1 - cod. 1040)

Firma: _____

- 2) Applicazione del regime forfettario di cui alla legge 190/2014 **in qualità di:**

- Libero Professionista (Fattura non soggetta a ritenuta d'acconto 20%)

Firma: _____

- Impresa (iscrizione Camera di Commercio – Regime forfettario - Fattura non soggetta ad IVA)

Firma: _____

- 3) Altro Regime (specificare) _____

_____ Firma: _____

N.B. Le attività di lavoro autonomo occasionale non vanno indicate mediante l'utilizzo di questa modulistica (riferimento Gestione Risorse Umane).

**Ai fini della
 TRACCIABILITA' FLUSSI FINANZIARI LEGGE N. 136/2010
 COMUNICA**

- 1) che gli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i acceso/i presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A. “*dedicati*”, ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n. 136/2010 citata, sono:

I - CONTO CORRENTE

Banca:	
Sede/Agenzia:	
N° di conto:	
Intestato a:	
IBAN	
<input type="checkbox"/> Uso esclusivo	<input type="checkbox"/> Uso non esclusivo

II - CONTO CORRENTE

Banca:	
Sede/Agenzia:	
N° di conto:	
Intestato a:	
IBAN	
<input type="checkbox"/> Uso esclusivo	<input type="checkbox"/> Uso non esclusivo

III - CONTO CORRENTE

Banca:	
Sede/Agenzia:	
N° di conto:	
Intestato a:	
IBAN	
<input type="checkbox"/> Uso esclusivo	<input type="checkbox"/> Uso non esclusivo

2) che la/le persona/e delegata/e a operare su tale/i conto/i è/sono:

Primo delegato	cognome		nome
	nato	a	il
	città	prov.	gg/mm/aa
Codice fiscale			

Secondo delegato	cognome		nome
	nato	a	il
	città	prov.	gg/mm/aa
Codice fiscale			

Terzo delegato	cognome		nome
	nato	a	il
	città	prov.	gg/mm/aa
Codice fiscale			

- 3) Che l'operatore utilizzerà per tutte le proprie transazioni relative alle commesse pubbliche con l'ASL CN1 il/i conto/i dedicato/i sopra indicato/i, comprese le transazioni verso i propri sub contraenti;
- 4) Che in caso di accensione di ulteriori e diversi conti correnti bancari o postali "dedicati" ovvero di variazione del/i conto/i corrente/i dedicato/i sopra indicato/i provvederà a comunicarne gli estremi identificativi entro sette giorni nonché, nello stesso termine, le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che, nell'ambito delle procedure automatizzate di pagamento dell'Ente ASL CN1, le variazioni di cui alla presente comunicazione (caso di variazioni anagrafiche e/o del conto dedicato) richiederanno alcuni giorni lavorativi per la loro effettiva applicazione.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Distinti saluti

Data

Timbro ditta e Firma

SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI IDENTITA', IN CORSO DI VALIDITA', DEL SOTTOSCRITTORE