

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 obbligatoriamente inviando tramite la casella **PEC** risultante per fornitore presso il portale **INIPEC**, a:
anagrafefornitori@aslcn1.legalmailPA.it

Alla S.C. Bilancio e Contabilità

Descrizione Contratto¹:

Il/La sottoscritto/a			
	cognome	nome	

Nato:	a	il	
	città	prov.	gg/mm/aa

Residente:	Indirizzo:
	Località:
	(precisare CAP e Provincia della Località)

Codice fiscale:	
-----------------	--

In qualità di:

- ☐ Titolare
- ☐ Legale rappresentante
- ☐ procuratore

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

in quanto soggetto che ha il potere di agire in nome e per conto del fornitore, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445):

RICHIEDE

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

DICHIARA

le seguenti informazioni:

Denominazione fornitore (azienda, società, professionista, lavoratore autonomo con partita IVA) coerente con l'intestazione del conto corrente:

Sede legale fornitore:	Indirizzo:
	Località:
	(precisare CAP e Provincia della Località)

Codice fiscale:			
Partita IVA:			
N. telefono:		N. fax:	
Casella di posta elettronica NON certificata:			
Casella posta elettronica certificata (qui è possibile indicare una casella di contatto diversa da quella risultante sulla anagrafica INIPEC):			

Codice trasmissione NSO
(indicare almeno un codice necessario per la ricezione ordini elettronici):

ID PEPPOL:	
CODICE NSO/SDI COOP:	
PEC abilitata alla ricezione ordini:	

ATTESTA

- ☐ 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 e alle successive disposizioni ministeriali in materia, fra cui la circolare 7435 del 17/03/2020 DGPROGS del MEF/MdS;
- ☐ 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 MEF e alle successive disposizioni ministeriali in materia.

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni ai dati riportati nel presente modulo.

Sezione dedicata alle informazioni specifiche riguardanti i Libero Professionisti e le Imprese con regimi IVA particolari.

REGIMI FISCALI PARTICOLARI

L'attività di cui al contratto sopra descritto deve essere assoggettata fiscalmente come segue
(compilare integralmente la colonna di riferimento):

☐ REGIME ORDINARIO		☐ REGIME FORFETTARIO ☐ REGIME DI VANTAGGIO
CASSA: ☐ No ☐ 2% ☐ 4% ☐ 5%		CASSA: ☐ No ☐ 2% ☐ 4% ☐ 5%
CASSA SOGGETTA A RITENUTA: ☐ Sì ☐ No		CASSA "TC22" RIVALSA INPS: ☐ Sì ☐ No
Data e Firma:		Data e Firma:

L'ASL CN1 applicherà, in quanto sostituto d'imposta, il regime fiscale comunicato fino a nuova comunicazione del fornitore (comunicazione da inviarsi mediante la medesima modulistica¹).

¹ N.B.: Le attività di lavoro autonomo occasionale non vanno indicate mediante l'utilizzo di questa modulistica (riferimento Gestione Risorse Umane).

Il sottoscritto in quanto soggetto che ha il potere di agire in nome e per conto del fornitore, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445):

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

- 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 (riportare con precisione l'intestazione del beneficiario del pagamento al fine di evitare errori nelle verifiche VoP):	
IBAN:	
☐ Uso esclusivo	☐ Uso non esclusivo

II - CONTO CORRENTE

Banca:	
Sede/Agenzia:	
N° di conto:	
Intestato a (riportare con precisione l'intestazione del beneficiario del pagamento al fine di evitare errori nelle verifiche VoP):	
IBAN:	
☐ Uso esclusivo	☐ Uso non esclusivo

III - CONTO CORRENTE

Banca:	
Sede/Agenzia:	
N° di conto:	
Intestato a: (riportare con precisione l'intestazione del beneficiario del pagamento al fine di evitare errori nelle verifiche VoP)	
IBAN:	
☐ Uso esclusivo	☐ 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 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.

Il sottoscritto accetta espressamente che, nell'ambito delle verifiche che l'ASL CN1 effettua al fine di evitare frodi di natura informatica (es. verifica del beneficiario VoP ai sensi del Regolamento UE 886/2024, utilizzo servizi Check IBAN, AML, ecc.) qualora siano necessarie ulteriori verifiche prima di completare il pagamento, l'ASL CN1 dovrà sospendere tali pagamenti per il tempo tecnico necessario a completare le verifiche sulla qualità dei dati comunicati.

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)

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

Data

Timbro ditta e Firma