

## COMUNICAZIONE DATI AI FINI DELLA FATTURAZIONE ELETTRONICA

(Dichiarazione resa ai sensi degli artt. Artt. 46 e 47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Spett.le**  
**ASL CN1**  
**Via Carlo Boggio, 12**  
**12100 CUNEO**

**p.e.c.: dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it**

Il/La sottoscritto/a	cognome	nome
----------------------	---------	------

nato	a	il
	città	prov.

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

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

in qualità di:  titolare  legale rappresentante  procuratore

disponendo del potere di agire in nome e per conto dell'Ente\Ditta\Impresa:

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

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

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

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

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

Comunica I seguenti dati ai fini della fatturazione elettronica fra privati:

Tipologia di ente\ditta\impresa: (barrare una sola scelta)	a) Operatore in regime di vantaggio o forfettario; b) Impresa agricola; c) Associazione sportiva dilettantistica <b>e</b> senza partita IVA; d) Condominio; e) Enti non commerciali <b>e</b> senza partita IVA; f) Impresa senza stabile organizzazione in Italia; g) Altri soggetti (ente\ditta\impresa\professionista non rientrante nei casi da a ad f)
---	--

Codice destinatario (7 caratteri):	(ammesso "0000000" per i casi a, b, c, d, e) ("XXXXXXX" per il caso f)
------------------------------------	---

Casella posta elettronica certificata	(opzionale se il soggetto non è tenuto ad averla; necessaria per il caso g)
---------------------------------------	---

Casella posta elettronica NON certificata	(necessaria in caso di PEC del cliente che non accetta consegna)
---	--

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, 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 n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto: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).

Data

Timbro ditta e Firma

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

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il modulo va compilato per comunicare all'Asl Cn1 i dati ai fini della fatturazione elettronica.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

Le Ditte individuali/Imprese/Società, altri Enti coinvolti nel processo di fatturazione elettronica.

### **COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1**

Il modulo può essere:

- a) Consegnato all'ufficio richiedente e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it), allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*

### **RIFERIMENTI**

Dipartimento di Prevenzione

Tel.: 0172/699202 – 0172/699229

E-mail:dip.prevenzione@aslcn1.it