

**PROCEDURA APERTA IN MODALITÀ TELEMATICA, PER L’AFFIDAMENTO DEI  
SERVIZI VOLTI ALLA GESTIONE DEGLI INTERVENTI TERAPEUTICO-  
RIABILITATIVI A FAVORE DEGLI UTENTI DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE  
AREA NORD ATS SARDEGNA**

**- ALLEGATO 10 -**

**MODULO TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI AI SENSI DELLA LEGGE 136/2010**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

dell’Impresa \_\_\_\_\_

con sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_

partita IVA n. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali che, in caso di falsità in atti e mendaci dichiarazioni, sono comminate ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

**- che ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge 13 Agosto 2010, n. 136, è dedicato il  
seguente conto corrente bancario/postale:**

Numero conto corrente: \_\_\_\_\_

Istituto di Credito: \_\_\_\_\_

Agenzia: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**- che i soggetti delegati ad operare sul conto corrente sopra menzionato sono i seguenti:**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

e che, ai sensi dell'art. 3 comma 8 della Legge 136 del 13/08/2010 il sottoscritto si assume l'obbligo di rispettare la normativa relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari pena nullità assoluta del contratto.

Data

Firma digitale