



PLUS – Anglona-Coros-Figulinas
Piano Locale Unitario dei Servizi



Comune di Osilo
Ente capofila



ASL Sassari



Provincia di Sassari



Allegato C

Ambito PLUS Anglona-Coros-Figulinas

COMUNE DI OSILO

Ente Gestore Ambito PLUS

Provincia di Sassari

ISTITUZIONE DELL'ALBO DEI FORNITORI DEGLI INTERVENTI, DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI PREVISTI NELL'AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 - INPS - TRIENNIO 2022-2025

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ___/___/___ residente in _____ Via _____ codice fiscale _____
_____ in qualità di Legale rappresentante della ditta
_____ con sede in _____ Via _____
_____ Tel. _____ Fax _____
_____ e-mail _____ con Codice
Fiscale _____ e partita IVA n. _____

in relazione alla procedura di accreditamento per l'erogazione dei servizi e delle prestazioni previste nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022, ai fini del pagamento delle somme dovute da codesto Ente gestore per nostre fatture emesse, consapevole che la falsa dichiarazione comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

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: _____



PLUS – Anglona-Coros-Figulinas
Piano Locale Unitario dei Servizi



Comune di Osilo
Ente capofila



ASL Sassari



Provincia di Sassari



Istituto di Credito: _____

Agenzia: _____

IBAN: _____

BIC: _____

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

Sig./Sig.ra _____ Nato/a a _____ il ____/____/____
Codice Fiscale _____ Residente in _____
Via _____

Sig./Sig.ra _____ Nato/a a _____ il ____/____/____
Codice Fiscale _____ Residente in _____
Via _____

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.

Letto, confermato e sottoscritto il giorno ____/____/____

Firma del Legale Rappresentante
(firma per esteso e leggibile e timbro dell'impresa)

N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante del fornitore richiedente; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.