

 Sistema Socio Sanitario <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Valtellina e Alto Lario</b>	DIPARTIMENTO / STRUTTURA <b>ECONOMICO FINANZIARIO</b>	<b>00 – Mod EF 16</b>	
	DOCUMENTO <b>DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ PER L'ISCRIZIONE IN ALBI/REGISTRI/ELENCHI TENUTI PRESSO LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI</b> <b>(art. 47 DPR 28/12/2000, n. 445)</b>	INDICE DI REVISIONE	<b>0</b>

<i>Area riservata alla Struttura Economico Finanziario</i>	Codice fornitore _____
	Inserito/modificato il _____

Ragione sociale/  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Sede Legale /  
Domicilio fiscale via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Sede Amministrativa/  
Residenza via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Ditta/Società collegata a capogruppo estero SI  NO

**NOTA:** per lavoratore autonomo compilare 00 – Mod EF 17 oppure 00 – Mod EF 19  
per lavoratore occasionale compilare 00 – Mod EF 18

Partita IVA n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Referente \_\_\_\_\_

Conto Corrente Dedicato (ai sensi della Legge 136/2010) n. \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**Persona delegata ad operare sul conto (in caso di più IBAN/persone delegate allegare Elenco):**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Comune residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **dichiara** che per tutti i rapporti giuridici che verranno instaurati con l'ASST Valtellina e Alto Lario (presenti e futuri)

si avvarrà  non si avvarrà del medesimo conto corrente dedicato.

Ai sensi della D.Lgs 196/2003 e smi, il sottoscritto, debitamente informato che il trattamento dei propri dati è relativo all'esecuzione delle operazioni connesse con l'espletamento della pratica, **acconsente al trattamento dei dati.**

**Si impegna** a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che interverrà sui dati dichiarati.

**Si allega**, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, copia documento d'identità n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e/o firma \_\_\_\_\_

Restituire, compilato in tutte le sue parti tramite email: [ragioneriafornitori@asst-val.it](mailto:ragioneriafornitori@asst-val.it) o via fax 0342 521090

Per informazioni tel. 0342 521088/89

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario**