

***Allegato C***

**PLUS**

***Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino***

**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/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il//residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Legale rappresentante della ditta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con sede in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E.MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Codice Fiscale e partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_

in relazione alla procedura 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,

**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:

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 sottoscrittedigitalmente 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.**