



Da inviare a:

UNIONE DELLE TERRE D'ARGINE
Settore Finanze Bilancio e Controllo di Gestione
n. fax 059/649.751

COMUNICAZIONE DEI CONTI DEDICATI ALLE COMMESSE PUBBLICHE E DEI DATI IDENTIFICATIVI DELLE PERSONE DELEGATE AD OPERARE - AUTOCERTIFICAZIONE (Ai sensi art. 46 D.P.R. n. 445/2000 e art. 3 L. 136/2010 - Tracciabilità dei flussi finanziari)

A cura del beneficiario. Da compilarsi a macchina o in stampatello

DATI DEL BENEFICIARIO	codice fiscale (obbligatorio) <input type="text"/>	partita IVA <input type="text"/>
	cognome nome _____	
	natura giuridica _____	
	indirizzo _____ n. _____ frazione _____	
	c.a.p. _____ comune _____ provincia _____ n. telefono _____	
	residenza _____ n. _____ frazione _____ (se diversa dall'indirizzo)	
	c.a.p. _____ comune _____ provincia _____ n. telefono _____ (solo persone fisiche) comune di nascita _____ data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

MODALITÀ DI PAGAMENTO	accreditamento in conto corrente bancario/postale/bancoposta dedicato, anche in via non esclusiva, alle commesse pubbliche, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 1 Legge n. 136/2010												
	IBAN - ITALIA <table border="1"> <tr> <td>PAESE</td> <td>CIN. EU</td> <td>CIN. IT</td> <td>ABI</td> <td>CAR</td> <td>N. CONTO CORRENTE</td> </tr> <tr> <td>IT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PAESE	CIN. EU	CIN. IT	ABI	CAR	N. CONTO CORRENTE	IT					
	PAESE	CIN. EU	CIN. IT	ABI	CAR	N. CONTO CORRENTE							
	IT												
	C/C POSTALE - ITALIA <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												
Inserire le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto corrente indicato : (obbligatorio)													
_____ _____ _____ _____													

Ci si avvarrà dei conti suindicati per tutti i rapporti giuridici instaurati con questa Amministrazione, senza necessità di formulare apposite comunicazioni per ciascuna commessa, fino a Vostra eventuale successiva comunicazione di variazione.

I conti suindicati valgono anche per i rapporti contrattuali instaurati con il Comune di Carpi? SI NO

SOTTOSCRIZIONE	cognome e nome _____	C.F. <input type="text"/>
	comune di nascita _____	data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	In qualità di: <input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> legale rappresentante	
	Il sottoscritto dichiara di essere informato secondo quanto previsto dall' Art. 13 D.Lgs 196/2003 di quanto segue: "l'Unione delle Terre d'Argine in possesso dei suoi dati personali, identificativi per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti per le finalità indicate in questo modulo. I dati saranno trattati sia in modalità cartacea che informatica solo da personale debitamente incaricato dal Titolare, saranno comunicati all'esterno solo per l'espletamento delle finalità indicate nel presente modulo e non saranno diffusi. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui all'art. 7 del D. Lgs. n.196/2003 contattando il Responsabile del Settore Finanze Bilancio e Controllo di Gestione, nella persona del Dirigente pro-tempore, con sede in Corso A.Pio n.91 - 41012 Carpi (Mo) , tel. 059 649851, fax 059 649751. L'informativa completa denominata "Settore Finanze Bilancio e Controllo di Gestione" può essere consultata su www.carpidiem.it/Informativa oppure richiesta telefonando a QuiCittà allo 059/649.213.	

Data _____ Timbro e firma estesa _____
Il titolare/legale rappresentante

**ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL SOTTOSCRITTORE.
ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA TESTATA DELL' ESTRATTO CONTO**