

PROGETTO N.....

(riportare il numero di progetto indicato nella determinazione di assegnazione del contributo)

**PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INTERVENTO PER LA RIQUALIFICAZIONE
URBANA E LA SICUREZZA DELLE PERIFERIE DEI COMUNI CAPOLUOGHI DI
PROVINCIA – DPCM 25.05.2016**

BANDO PUBBLICO “UNA IMPRESA ACCESSIBILE ED INCLUSIVA”

OGGETTO: Tracciabilità dei flussi finanziari – adempimenti ai sensi dell’art. 3 della legge 136/2010 – **assunzione obblighi - dichiarazione.**

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, domiciliato/a per la carica presso la sede societaria ubicata in indirizzo/città/CAP/_____, nella sua qualità di titolare/legale rappresentante (*indicare quale*) della Ditta _____ con sede legale in _____ in via _____ - n. _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____.

avendo presentato formale istanza di finanziamento sul bando “Una impresa accessibile ed inclusiva” assunta al prot. pec n. _____ in data _____ a cui è stato attribuito il n. _____/ (S o D) di pratica e a cui è stato assegnato il finanziamento di € _____ con determinazione dirigenziale n. _____ del _____ (con cod. CUP _____, Codice Concessione RNA – COR n. _____), sotto la propria responsabilità, consapevole:

- 1) delle sanzioni penali richiamate in particolare previste all’art. 483 C.P. e, più in generale, di quelle richiamate all’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi da presentarsi alla pubblica amministrazione;
- 2) che la violazione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari è causa di revoca del contributo;

DICHIARA (nota 1)

l’assunzione dell’obbligo alla tracciabilità dei pagamenti ai sensi e con le modalità fissate dall’art. 3 della Legge 136/2010 e dell’art. 35 del bando “Una impresa accessibile ed inclusiva”:

A) che gli estremi identificativi dei conti correnti bancari dedicati è il seguente:

CCB IBAN : _____

indicare le generalità della/e persona/e delegata/e ad operare (*nome, cognome, data, luogo di nascita, residenza, qualifica*) nonché il Codice Fiscale

• sig _____ CF: _____

- sig _____ CF: _____
- sig _____ CF: _____

B) che gli estremi identificativi dei conti correnti postali dedicati è il seguente:

POSTE ITALIANE SPA IBAN : _____

indicare le generalità della/e persona/e delegata/e ad operare (*nome, cognome, data, luogo di nascita, residenza, qualifica*) nonché il Codice Fiscale

- sig _____ CF: _____
- sig _____ CF: _____
- sig _____ CF: _____

Si impegna altresì a dare immediata comunicazione al Comune di Pordenone e alla Prefettura – Ufficio territoriale del Governo della provincia di Pordenone della notizia dell'eventuale inadempimento del proprio contraente agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Luogo e data _____

TIMBRO E FIRMA

*La firma alla presente dichiarazione deve essere apposta, **pena l'invalidità**, in alternativa tramite:*
a) firma digitale
b) firma autografa, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000.

Nota 1 : qualora necessario si può utilizzare un foglio aggiuntivo. L'impegno al rispetto di quanto sopra si estende ovviamente esteso anche alle **eventuali variazioni dei dati già inviati**.