

MODULO A * DA INVIARE A MEZZO P.E.C. *

e p.c. SERVIZIO AFFARI LEGALI
servlegale@aslna1.napoli.it

OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....il..... residente in..... alla via..... in qualità di legale rappresentante della struttura denominata..... con sede in..... alla via..... P.IVA/C.F..... **Codice Identificativo del Centro:** _____

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali connesse a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi richiamati dagli art. 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 che: **i crediti relativi alle mensilità/fatture riguardanti il periodo Gennaio-Giugno 2012 (saldo 15% fatturato contabilizzato)**

SEZIONE A

NON sono stati oggetto di **CESSIONE PRO SOLVENDO** o **PRO SOLUTO** o di **MANDATI ALL'INCASSO**.

Specificare le mensilità/fatture (mese di riferimento, numero e data fattura) :

NON SONO stati oggetto di **AZIONI GIUDIZIARIE** (atti di citazione, decreti ingiuntivi, ricorsi ex art. 702-bis c.p.c., avvio di procedure esecutive e/o atti di intervento ai sensi dell'art.499 c.p.c., giudizi ex art. 112 del d.lgs. 104/2010, ecc.).

Specificare le mensilità/fatture (mese di riferimento, numero e data fattura)

Alla luce di quanto dichiarato, si invita codesta spett.le Azienda ad accreditare le somme dovute sul seguente c/c bancario:

Intestazione c/c: _____

IBAN: _____

Si dichiara che **qualunque modifica** dovesse intervenire in ordine al contenuto delle suddette dichiarazioni sarà, immediatamente, comunicato a codesta Sett.le ASL ai medesimi recapiti indicati nella presente **entro e non oltre tre giorni dall'invio a mezzo P.E.C.**

Si autorizza al trattamento dei dati personali ex D.Lgs n° 196/2003 e s.m.i..

Luogo e data _____

Timbro della Struttura e firma del Legale Rappresentante _____

(Allegare copia del documento di riconoscimento del dichiarante/legale rappresentante.)