

[Timbro Struttura oppure Carta Intestata]

SPETT.LE ASL NAPOLI 1 CENTRO SERVIZIO G.E.F.I.
piano.pagamenti.art.44@pec.aslna1centro.it

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

Il/la sottoscritto/a.....nato/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** di cui all'allegato:

N. FATTURA	DATA	IMPORTO	MESE DI RIFERIMENTO
“	“	“	“
“	“	“	“
“	“	“	“
“	“	“	“
“	“	“	“

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.).

NON SONO stati oggetto di transazione

SONO/NON SONO stati oggetto di adesione ai protocolli d'intesa con SO.RE.SA.

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 : _____

Luogo e data _____

Timbro della Struttura e firma del Legale Rappresentante _____

(allegare copia del documento di riconoscimento del dichiarante/legale rappresentante)