

**MODULO N.8**  
**TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI**  
**AI SENSI DELL'ART. 3, c.7, DELLA LEGGE 136/2010 e s.m.i.**  
**Avviso pubblico finanziamento tirocini curriculari retribuiti A.A. 2023/2024**

**All'Azienda Regionale DSU Toscana**

Servizio Gestione Interventi FSE e Accertamenti  
V.le A. Gramsci, 36 50132 Firenze  
dsutoscana@postacert.toscana.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

(da compilare a cura del Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale:

in qualità di: - titolare  
- legale rappresentante  
- procuratore come da procura n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dell'Azienda ospitante il tirocinante \_\_\_\_\_  
(indicare l'esatta denominazione comprensiva della forma giuridica)

con sede in \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, C.F.

P. IVA

consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

In ottemperanza alle disposizioni della legge 13 agosto 2010 n.136 e s.m.i. in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale dedicato alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi al contributo sono:

- conto corrente bancario codice IBAN

presso la Banca \_\_\_\_\_

Codici di riscontro: ABI     CAB     CIN

Oppure

- conto corrente postale codice IBAN  
                     presso le Poste Italiane SpA;

- che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare ogni modifica dei dati sopra indicati entro sette giorni dalla variazione.

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_