

**AL SERVIZIO BILANCIO
DEL COMUNE DI OZZANO DELL'EMILIA
40064 OZZANO DELL'EMILIA (BO)**

SERVIZIO DI RIFERIMENTO: _____

(dato obbligatorio)

MOD F/1

(MODELLO PER RACCOLTA DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO AD USO DEI CREDITORI DEL COMUNE)

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____

in Via/Piazza _____ CAP _____

Provincia _____ Email _____

PEC _____ Telefono _____

Fax _____

oppure

Ditta _____

con sede a _____

in Via/Piazza _____ CAP _____

Provincia _____ Partita Iva _____

Codice Fiscale _____ Email _____

PEC _____ Telefono _____

Fax _____

Si comunica, inoltre, che per i pagamenti superiori a €5.000,00, il Comune procederà alla verifica, presso Agenzia delle entrate-Riscossione, di eventuali inadempimenti dall'obbligo di versamento derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento relative a ruoli consegnati agli agenti di riscossione dal 1 gennaio 2000 ai sensi dell'art. 48-bis del D.P.R. 602/1973 introdotto dal D.L 3/10/2006 n. 262 convertito in L. 24/11/2006 n. 286 e relativo Decreto di attuazione del M.E.F. 18/01/2008 n. 40 (G.U. n. 63 del 14 marzo 2008) e successive modifiche.

Nel caso in cui la verifica accerti l'inadempimento, le somme dovute saranno trattenute fino alla concorrenza dell'ammontare del debito comunicato dall'agente della riscossione ai fini dei successivi adempimenti per il recupero del credito, che verranno posti in essere dallo stesso.

Dichiaro altresì di sollevare l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità derivante da quanto indicato.

La presente dichiarazione ha validità sino a disdetta in forma scritta e sottoscrizione di un nuovo MOD F/1.

Il sottoscritto è a conoscenza che i dati forniti saranno raccolti presso l'Ufficio indicato nell'intestazione per le finalità indicate in oggetto e saranno trattati anche successivamente nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di privacy.

L'interessato gode dei diritti previsti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Il conferimento di tali dati è obbligatorio, pena il mancato accoglimento dell'istanza.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche interessate.

DATA: _____

FIRMA del legale rappresentante/beneficiario: _____

N.B.: Allegare al presente modulo fotocopia della carta d'identità.