

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

.....
.....
.....

DICHIARAZIONE PER ADEMPIMENTI NORMATIVI PER ACQUISTI E / O SERVIZI
E OBBLIGHI DI TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

__I__ sottoscritta__ Roberta Castiglioni_____

Codice fiscale: __CSTRRT69R63F205T_____

in qualità di rappresentante legale / titolare della

(Ditta/Società/Associazione/Cooperativa) __Darwin di Roberta Castiglioni_____

con : **sede legale** in __Milano_____ Prov. (__Mi__) Via __Mercadante 17_____ n. __17

C.A.P. __20124_____

sede operativa in Milano _____ Prov. (__Mi__) Via __Mercadante 17_____ n. __17

C.A.P. __20124_____

Tel. N. __0225139955_____ (*)Fax n. _____ e-mail __darwin@darwinnatura.it_____

(*)e-mail PEC __darwin-RC@pec.net_____

dichiara sotto la propria personale responsabilità (°)

- che il numero di partita IVA relativo alla Ditta/.Società/,Associazione/Cooperativa
è il seguente __03445990967_____
- che il numero di codice fiscale relativo alla Ditta/.Società/,Associazione/Cooperativa
è il seguente: __CSTRRT69R63F205T_____
- che la Ditta/.Società/,Associazione/Cooperativa _____ è di natura **pubblica**
- che la Ditta/.Società/,Associazione/Cooperativa __Darwin di Roberta Castiglioni_____ è di natura **privata**
- che la Ditta/.Società/,Associazione/Cooperativa _____ è esente da I.V.A. :
 - in quanto ONLUS
 - ai sensi D.P.R. 26/10/1972 n. 633
- l'iscrizione ai sottoindicati Enti previdenziali:
 - ◇ INPS sede di __iscritta alla gestione separata dal 6/2/2002_ Milano, Via Pola 9 – 20124_
 - ◇ INAIL sede di _____ con matricola n. _____
 - ◇ altro Ente _____ Matricola n. _____

Ai fini della liquidazione del compenso spettante, chiede inoltre che il corrispettivo importo venga accreditato con bonifico bancario/postale sul **conto corrente dedicato**, aperto presso il sottoindicato Istituto :

Banca / Uff. Postale BANCA FINECO Agenzia _____

n.c/c _____ cod. ABI _____ CAB. _____

Codice IBAN : IT71Q0301503200000003409791 _____

Persone autorizzate/delegate ad operare sul conto (e relativo codice fiscale):

esclusivamente la titolare Roberta Castiglioni CSTRRT69R63F205T _____

Allega fotocopia non autenticata di un documento di identità.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione a quanto sopra dichiarato.

Ai sensi della L. 13.08.2010 n. 136 e successive, la sottoscritta dichiara di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

16 febbraio 2023
(data)


(firma) _____

(*) matricola INPS : DATO OBBLIGATORIO
e-mail PEC: DATO OBBLIGATORIO da indicare anche alternativamente (e-mail PEC)

(°) [contrassegnare con X la voce che interessa]