

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

**Dipartimento Finanziario**  
Servizio Acquisti, Economale e Logistica

All'Azienda AUSL di Modena

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI D.P.R. 445/2000  
E DELLA LEGGE 136 DEL 13 AGOSTO 2010 "TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI"**

Il sottoscritto **Valeriano Bedeschi**  
Nato il **20/03/1972** a **Milano (MI)**  
In qualità di **Legale Rappresentante**  
Dell'impresa **HT Srl**  
Con sede in **Via della Moscova, 13 - 20121 Milano (MI)**  
Cod. fiscale n. **03924730967** Partita IVA n. **03924730967**  
Telefono **02/29060603** Fax **02/63118946**  
email **amministrazione@hackingteam.it**

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010, relativi ai pagamenti di forniture e servizi effettuati a favore dell'Amministrazione in indirizzo

**DICHIARA**

- che gli estremi identificativi dei conti correnti "dedicati" ai pagamenti nell'ambito delle commesse pubbliche sono i seguenti:

conto corrente n. **000010228244** aperto presso: **Unicredit Banca - L.go Donegani Milano**

**IBAN: IT 29 A 02008 01621 000010228244**

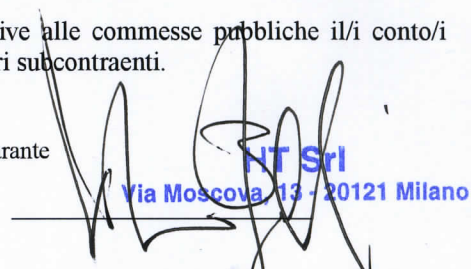
la ditta evidenzia che le persone delegate ad operare su tale/i conto/i sono:

- 1) **Valeriano Bedeschi**, nato a **Milano (MI)** il **20/03/1972**  
**Cod. Fiscale BDSVRN72C20F205D**;
- 2) **David Vincenzetti**, nato a **Macerata (MC)** il **04/12/1967**  
**Cod. Fiscale VNCDVD67T04E783V**;

- che la ditta utilizzerà per tutte le proprie transazioni relative alle commesse pubbliche il/i conto/i corrente/i dedicato/i sopra indicato/i, comprese le transazioni verso i propri subcontraenti.

data 22/12/2011

Il Dichiarante

  
**HT Srl**  
**Via Moscova, 13 - 20121 Milano**

**I fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata FOTOCOPIA NON AUTENTICATA ,  
del documento di identità del sottoscrittore** (Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

*Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il mio consenso e autorizzo l'Azienda Sanitaria in indirizzo al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione della procedura.*