



**SISTEMA DI INTERSCAMBIO INFORMATIVO VIA WEB CON I FORNITORI
MODULO DI ADESIONE IN AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/a sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ___/___/_____, residente a _____ in via _____
C.F. _____,

CHIEDE di essere abilitato/a ad accedere al

**SISTEMA DI INTERSCAMBIO INFORMATIVO VIA WEB CON I FORNITORI
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BRINDISI**

al fine di conoscere **lo stato delle proprie fatture**, ed in particolare poter:

- Interrogare la propria scheda fornitore per conoscere le fatture contabilizzate e, per ognuna di esse, il relativo stato di avanzamento nell'iter di pagamento, con indicazione degli estremi del mandato di pagamento;

A tal fine, nella piena consapevolezza delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci e falsità negli atti (DPR 445/2000)

DICHIARA

- Di essere Rappresentante legale dell'Azienda / Ente _____
_____ con sede in _____
P.I. _____ CF _____
- Di impegnarsi a conservare ed a modificare periodicamente la password personale che verrà rilasciata a seguito della presente richiesta, nel rispetto delle disposizioni di cui alla Legge 675/96 sul trattamento dei dati personali ed a quanto previsto dal DPR n. 318/99 sulle misure minime di sicurezza, al fine di osservare un corretto comportamento nel trattamento dei dati di carattere personale e talvolta sensibili, nonché nell'utilizzo degli strumenti informatici e telematici messi a disposizione;
- Di accettare che l'ASL Brindisi possa in ogni momento, a propria discrezione, valutare l'opportunità di ritirare la password rilasciata per l'accesso al portale;
- Di allegare copia del documento di identità sottoscritto.

Lì, _____

TIMBRO E FIRMA
