DICHIARAZIONE ANTIRICICLAGGIO

Numero Pratica **115/2025**

Ai sensi del D.Lgs n. 231 del 21/11/2007

MODULO DI IDENTIFICAZIONE PER L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (ex Art. 21)

Gentile Associato, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge (D. Lgs. 231/2007) in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminosa e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è pertanto obbligatorio e, in caso di loro mancato rilascio, il Confidi non potrà procedere a istaurare il rapporto o a eseguire l'operazione richiesta e dovrà valutare se effettuare una segnalazione alla U.I.F.. I dati riportati nel presente modulo verranno trattati con la riservatezza prevista dal D. Lgs. 196/2003 e ss.mm., e saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento dell'operazione richiesta. I dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo.

Il/La sottoscritto/a	*Nato/a a*	*Prov*	*il*
0	**0**	**0**	**00/01/1900**

Codice Fiscale	*Comune di residenza*	*Prov*	*CAP*
0	**0**	**0**	**0**

Indirizzo di residenza	*Sesso*	*In qualità di*
0	**0**	**0**

Documento di Identità	*Numero*	*Rilasciato da*	*Il*	*Scadenza*
	0	**0**	**00/01/1900**	**00/01/1900**

Consapevole che le dichiarazioni di cui al presente Modulo verranno utilizzate per adempiere agli obblighi di Adeguata Verifica della clientela/Soci ed identificazione del Titolare Effettivo, di cui all'Art. 15 e seguenti del D.Lgs. 21/11/2007, n. 231, e, consapevole altresì delle Responsabilità Penali previste dall'art. 55, comma 2 e 3 del medesimo decreto in caso di omessa o mendace dichiarazione delle generalità del Soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione di richiesta a Cofidi Progetto Italia di Lucania Fidi - fornisce i seguenti dati:

DATI IDENTIFICATIVI DELL'INTESTATARIO DEL RAPPORTO

Denominazione azienda	*Sede Legale Azienda*	*Prov*	*CAP*
0	**0**	**0**	**0**

Indirizzo Azienda	*Azienda*	*Codice Fiscale Azienda*	*Partita IVA Azienda*
0	**00/01/1900**	**0**	**0**

Camera di Commercio di	*Nr Iscrizione CCIAA*	*Costituzione*	*Data Iscrizione*	*Data inizio attività*
0	**0**	**00/01/1900**	**00/01/1900**	**00/01/1900**

COMPAGINE SOCIALE - STATUS DI TITOLARE EFFETTIVO

Cognome e nome / Ragione sociale	Codice Fiscale	Titolare Effettivo	Carica	% societaria
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**

CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

Scopo e natura del rapporto con Cofidi Progetto Italia: **FINANZIAMENTO Garanzia Cofidi Progetto Italia**

La concessione della garanzia a valere sulle seguenti linee di credito alle condizioni e norme previste dalla Convenzione, che l'Azienda Socia dichiara di ben conoscere ed accettare, stipulata tra Confidi e la Banca: **Banca AIDEXA**

Importo Massimo Richiesto	*Restituzione in Anni*		*Tipologia Finanziamento*	
€ -	0	0	0	0
Confidi - % da Garantire	*Confidi - Somma Massima da Garantire*		*Tipologia Tasso*	*Preammortamento*
0%	€ -		0	0
Scadenza Garanzia (mesi)	*Finalità e/o Motivo della Richiesta*			*Numero Pratica / Numero Garanzia Confidi*
0	0			0

Contro/Co-Garanzia Mediocredito Centrale *(Fondo di Garanzia L. 662/96)*

Presenza	*Tipo di Garanzia FCdG/MCC*
0	0

SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSOCIATO

Il Dichiarante, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni, attesta che i dati identificativi propri, del titolare del rapporto/operazione, nonché del/dei Titolare/i effettivo/i, riportati negli appositi campi del presente modulo, corrispondono al Vero.
Ai sensi dell'art.21 del D.Lgs. 21/11/2007, n. 231, si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente e per iscritto ogni variazione dei dati sopra indicati.

Potenza, lì 19/09/2025

X _____

(Firma del Titolare/Legale Rappresentante)

Il Sottoscritto, sotto evidenziato, nella sua qualità di Dipendente/Agente/Collaboratore/Persona Autorizzata, dichiara di aver provveduto alla corretta identificazione ed all'adeguata verifica dell'Associato, e/o Persone presenti interessate alla domanda di garanzia e/o richiesta servizi da parte dell'Azienda richiedente.

Soggetto autorizzato	*Indirizzo*	*Città*
0	0	0

Nome e Cognome del Responsabile	*Email*	*Numero di telefono*
0	0	0

Potenza, lì 19/09/2025

X _____

(Firma del dipendente o soggetto autorizzato)

Allegati:

- Copia dei documenti di identità dell'associato, delle eventuali persone identificate come Titolare effettivo, nonché di tutte le persone indicate nel presente modulo;
- Visure camerali dei soggetti non persone fisiche, ovvero aziende iscritte alla Camera di commercio/iscrizione albo professionisti
- Eventuali dichiarazioni circa la qualifica di "Persona politicamente esposta" (solo nel caso in cui il Titolare effettivo, diverso dal Dichiarante, residente in altro Stato comunitario o Stato extracomunitario.