ADEGUATA VERIFICA - PERSONA FISICA 1

Numero Pratica **115/2025**

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

IDENTIFICAZIONE SOGGETTI PERSONA FISICA

CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

Dati relativi all'operazione	**FINANZIAMENTO Garanzia Cofidi Progetto Italia**
Tipologia finanziamento	**0**
Finalità e/o motivo della richiesta	**0**
Importo massimo richiesto	**€ -**
Scadenza della garanzia (mesi)	**0**

INDICAZIONE DEL SOCIO / CLIENTE

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**

IDENTIFICAZIONE DEL COLLEGATO/ TITOLARE EFFETTIVO / GARANTE

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**

Titolare effettivo	*Percentuale del Capitale aziendale segnalato in CCIAA*
	0%

A) E' persona esposta politicamente?	**NO**
B) E' informato della natura e dello scopo del rapporto con Cofidi Progetto Italia?	**SI**
C) E' informato dell'eventuale importo Massimo richiesto?	**SI**
D) Esistono procedimenti penali in corso?	**NO**
E) Ha rapporti relazionari d'affari o simili con gli esponenti di Cofidi Progetto Italia?	**NO**
F) Ha subito Accertamenti Fiscali Positivi dalla Guardia Di Finanza/Agenzia delle Entrate negli ultimi 2 anni?	**NO**
G) Beneficia di Fondi Pubblici?	**NO**
H) Ha un ruolo apicale in Enti che erogano Fondi Pubblici?	**NO**

Potenza, lì 19/09/2025

X _____ (Firma del Dipendente/Soggetto autorizzato)

X _____ (Firma del Titolare/Legale Rappresentante)

Allegati:

- Copia dei documenti di identità dell'associato, delle eventuali persone identificate come Titolare effettivo, nonché di tutte le persone indicate nel presente modulo;
- Tesserino del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria