

MODULO DI RICHIESTA

da compilare e inviare entro il 30/10/2016 alla mail posta@asmel.eu

Il Comune di _____ Prov. _____

Rappresentato da _____

nella qualità di _____

RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL Servizio PagoPA

A tal fine comunica che

l'Ente è associato ASMEL giusta deliberazione nr. _____ del _____ Il/la referente per il servizio

è _____ Settore/Ufficio _____

Qualifica _____ Telefono _____

Cell _____ e-mail _____ @ _____

e trasmette

in allegato, copia del modulo di richiesta di adesione inviata ad AgID, con l'individuazione del proprio Referente dei pagamenti e di ASMEL come Partner tecnologico.

L'Ente, come sopra identificato e individuato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara che le informazioni qui fornite sono esatte e veritiere. Con il presente modulo, correttamente compilato in ogni sua parte e debitamente sottoscritto anche nell'ultima pagina delle Condizioni di attivazione, l'Ente si impegna a concludere un contratto per l'attivazione del Servizio secondo i termini e le condizioni indicate nelle Condizioni di attivazione, che espressamente dichiara di conoscere e accettare integralmente.

LUOGO E DATA

SINDACO E/O DIRIGENTE RESPONSABILE
(Timbro e firma)
