

da restituire a:

COMUNE DI MARTIGNANO  
PROVINCIA DI LECCE  
SERVIZIO RAGIONERIA E FINANZE  
(ANCHE VIA FAX AL N. 0832.801077)

**OGGETTO:** PAGAMENTO COMPETENZE.

LA SOTTOSCRITTA .....  
CON SEDE IN ....., VIA ....., N. ....  
C.FISCALE .....  
P.IVA.....  
A MEZZO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE, SIG. ....  
RESIDENTE A ..... IN VIA ..... N. ....

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'**

il nominato del Soggetto autorizzato a rilasciare quietanza ai fini del pagamento di competenze:

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
(qualifica: amministratore delegato, proprietario, ecc.)

Consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

La presente dichiarazione è da ritenersi valida fino a comunicazione di variazione.

Sono informato che il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 196/2003 (Legge sulla Privacy) avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti della legge.

Letto, confermato e sottoscritto.

....., il.....

\_\_\_\_\_  
IL DICHIARANTE

FIRMA APPOSTA DAL DICHIARANTE IN PRESENZA DI \_\_\_\_\_

OPPURE ALLEGARE DOCUMENTO VALIDO DI RICONOSCIMENTO e CODICE FISCALE