



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 5 ACCETTAZIONE CESSIONE DEL CREDITO

### MODELLO DI ACCETTAZIONE DELLA CESSIONE DEL CREDITO

(da trasmettere a cura dell'Azienda sanitaria debitrice alla Banca/Intermediario finanziario cessionario entro 10 giorni dalla notifica della cessione)

Prot.

Data,

A: Banca/Intermediario Finanziario

A: Impresa Cedente

#### Oggetto: Accettazione cessione dei crediti certificati

con riferimento alla cessione dei crediti certificati avvenuta in data ..... con scrittura privata autenticata da .....in data....., notificata alla scrivente Amministrazione in data ....., intervenuta tra .....[in qualità di "**Cedente**"] e della Banca /Intermediario Finanziario] .....(in qualità di "**Cessionaria**"), la presente Amministrazione accetta e riconosce la suddetta cessione come valida e opponibile ad essa stessa ed in particolare Vi conferma che:

- non esistono alla data odierna situazioni di inadempienza della "Cedente" ai sensi dell'art. 48 bis del Decreto del Presidente della Repubblica 29 Settembre 1973 n. 602, introdotto dall'articolo 2, comma 9 del Decreto Legge 3 Ottobre 2006 n. 262, convertito in Legge, con modificazioni, dalla Legge 24 Novembre 2006 n. 286, ai sensi del Regolamento di Esecuzione di cui al Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 18 Gennaio 2008 n. 40, ai sensi della Circolare del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 29 Luglio 2008 n. 22 e, soprattutto della Circolare del Ministro dell'Economia e delle Finanze dell'8 Ottobre 2009 n. 29;
- accetta puramente e semplicemente la cessione notificata come sopra indicata, anche ai sensi dell'art. 1248, 1 comma, del Codice Civile;
- si conferma l'impegno a pagare i suddetti crediti certificati entro la data già comunicata in sede di certificazione, ovvero entro il .....

IL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA