



## **MODULO PER L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA**

### **Normativa Antiriciclaggio - D.Lgs. n.90/2017 (e successive modifiche e integrazioni).**

#### **Obblighi di adeguata verifica della clientela.**

Gentile Associato,

al fine del corretto assolvimento degli obblighi antiriciclaggio previsti dal D.Lgs. 90/2017 (e successive modifiche e integrazioni), che dà attuazione in Italia alle disposizioni della Direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, Le sottoponiamo il presente questionario.

Le citate disposizioni, infatti, richiedono per una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del cliente e del Titolare Effettivo<sup>1</sup> la raccolta di informazioni ulteriori rispetto a quelle già richieste in fase di censimento anagrafico, anche nei confronti della clientela già acquisita.

La menzionata normativa impone al cliente di fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie ed aggiornate per consentire al Consorzio Fidi Sanitario di adempiere i richiamati obblighi di adeguata verifica e prevede specifiche sanzioni nel caso in cui le informazioni non siano fornite o siano false.

---

<sup>1</sup> Per “**Titolare Effettivo**” si intende la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell’interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l’operazione è eseguita. Il Titolare Effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell’ente ovvero il relativo controllo.



#### **INFORMATIVA PRIVACY**

Le suddette indicazioni sono fornite al cliente/socio, e all'eventuale Titolare effettivo, anche ai sensi della normativa sulla Privacy (Regolamento Europeo n. 679/2016 - GDPR).

Il Consorzio Fidi Sanitario, qualora rivesta la qualifica di 'terzo' ai sensi degli artt. 26-29 del D.Lgs. n. 90/2017, potrà trasmettere ad altro intermediario assoggettato agli obblighi di adeguata verifica, nel rispetto delle disposizioni sulla tutela dei dati personali, le informazioni del presente questionario nonché le copie necessarie dei dati di identificazione e di verifica e di qualsiasi altro documento pertinente riguardante l'identità del cliente, dell'esecutore e del/dei titolare/i effettivo/i.

Si informa, inoltre, che il conferimento dei dati personali per l'identificazione dell'interessato e per la compilazione del presente questionario è obbligatorio per legge e, in caso di loro mancato rilascio, il Consorzio Fidi Sanitario non potrà procedere ad instaurare il rapporto o ad eseguire l'operazione richiesta e dovrà valutare se effettuare una segnalazione all'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia. Per ogni altra informazione sull'uso dei dati e sui diritti dell'interessato (art. 15 del Regolamento Europeo n. 679/2016 - GDPR) si rimanda alla normativa di cui sopra.

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI. D.LGS. N. 90/2017 (E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI).**

##### *Obblighi del cliente*

**Art. 22, comma 1** - I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

**Art. 22, comma 2** – Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

**Art. 22, comma 3** – Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del Codice Civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di



CONSORZIO FIDI SANITARIO

voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del Codice Civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante.

**Art. 55, comma 3** - Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

#### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto .....  
C.F. .... nato a .....  
il .....

In qualità di:

- Titolare (se ditta individuale)
- Legale Rappresentante del cliente
- Soggetto delegato

consapevole che le dichiarazioni di cui al presente modulo verranno utilizzate per adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela e identificazione del titolare effettivo e consapevole altresì delle responsabilità penali previste dal D.Lgs. 90/2017, in caso di omessa o mendace dichiarazione delle generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione, fornisce i dati di cui ai successivi Quadri<sup>2</sup>.

#### QUADRO A – DATI RIFERITI AL CLIENTE (TITOLARE DEL RAPPORTO)

Denominazione azienda .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

Sede legale in ..... Provincia.....

Via .....

**Forma giuridica:**

<sup>2</sup> Qualora il numero di Legali Rappresentanti, Titolari effettivi, Delegati, sia superiore a quanto previsto nel presente modello è possibile allegare un ulteriore elenco anche utilizzando copie di parti del modulo.

Garanzia collettiva dei fidi

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234





CONSORZIO FIDI SANITARIO

Nome.....	Cognome.....
Nato a.....	Data di nascita.....
Residente in .....	Provincia.....
alla Via.....	N. ....
Codice Fiscale.....	
Tipo di documento.....	
Rilasciato da.....	
Con scadenza il .....	
<b>Persona politicamente esposta<sup>3</sup>:</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

<sup>3</sup> Art. 1 D.Lgs. n. 90/2017, Definizioni (estratto)

**dd) Persone politicamente esposte:** le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

Garanzia collettiva dei fidi

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO \_\_\_\_\_

**Ricopre incarichi in Associazioni/Fondazioni:** Sì No

**Ricopre ruoli apicali nella P.A. o in Enti che erogano Fondi Pubblici:** Sì No

**QUADRO B – DATI RIFERITI AL TITOLARE EFFETTIVO**

*Complete generalità della/delle persona/e fisica/e che riveste/rivestono la qualifica di Titolare/i Effettivo/i:*

Cognome..... Nome .....

Nato a..... provincia di ..... il.....

Codice Fiscale.....

Residente in..... provincia di..... alla  
Via.....

Domiciliato<sup>4</sup> in ..... provincia di..... alla  
Via.....

Tipo documento.....

N. documento.....

Rilasciato da.....

Luogo di rilascio.....

Data di rilascio.....

Data di scadenza.....

**Persona Politicamente Esposta<sup>5</sup>:**  SI  NO

Se sì, indicare la carica ricoperta:.....

**ALTRO TITOLARE EFFETTIVO E RELATIVI DATI:**

Cognome..... Nome .....

Nato a..... provincia di ..... il.....

Codice Fiscale.....

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

<sup>4</sup> Indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza.

<sup>5</sup> Vd. nota 3.

Garanzia collettiva dei fidi \_\_\_\_\_

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO \_\_\_\_\_

Residente in..... provincia di..... alla  
Via.....  
Domiciliato<sup>6</sup> in ..... provincia di..... alla  
Via.....  
Tipo documento.....  
N. documento.....  
Rilasciato da.....  
Luogo di rilascio.....  
Data di rilascio.....  
Data di scadenza.....  
**Persona Politicamente Esposta<sup>7</sup>:  SI  NO**  
Se sì, indicare la carica ricoperta:.....

**ALTRO TITOLARE EFFETTIVO E RELATIVI DATI:**

Cognome..... Nome .....

Nato a ..... provincia di ..... il.....

Codice Fiscale.....

Residente in..... provincia di.....  
alla Via.....

Domiciliato<sup>8</sup> in ..... provincia di.....  
alla Via.....

Tipo documento.....  
N. documento.....  
Rilasciato da.....  
Luogo di rilascio.....

<sup>6</sup> Indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza.

<sup>7</sup> Vd. nota 3.

<sup>8</sup> Indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza.

Garanzia collettiva dei fidi \_\_\_\_\_

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO

Data di rilascio.....  
Data di scadenza.....  
**Persona Politicamente Esposta<sup>9</sup>:**  SI  NO  
Se sì, indicare la carica ricoperta:.....

**ALTRO TITOLARE EFFETTIVO E RELATIVI DATI:**

Cognome..... Nome .....

Nato a..... provincia di ..... il.....

Codice Fiscale.....

Residente in..... provincia di..... alla  
Via.....

Domiciliato<sup>10</sup> in ..... provincia di..... alla  
Via.....

Tipo documento.....

N. documento.....

Rilasciato da.....

Luogo di rilascio.....

Data di rilascio.....

Data di scadenza.....

**Persona Politicamente Esposta<sup>11</sup>:**  SI  NO  
Se sì, indicare la carica ricoperta:.....

**QUADRO C - CONDANNE E PENDENZE PENALI RELATIVE A REATI DI RICICLAGGIO:**

Inoltre dichiara, riguardo ai procedimenti per reati legati al riciclaggio/finanziamento al terrorismo:

di non avere subito alcun procedimento

di avere procedimenti in corso

<sup>9</sup> Vd. nota 3.

<sup>10</sup> Indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza.

<sup>11</sup> Vd. nota 3.

Garanzia collettiva dei fidi

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234





CONSORZIO FIDI SANITARIO \_\_\_\_\_

che sono estinti precedenti procedimenti

**QUADRO D – DATI RIFERITI AL/AI RAPPORTO/I CONTINUATIVO/I<sup>12</sup>**

Prodotto richiesto (descrizione): .....

**Tipologia di rapporto continuativo:**

- Prestazione di garanzia relativa all'attività imprenditoriale/professionale svolta
- Prestazione di garanzia per accesso ai Fondi Antiusura (L. 108/96)

**Scopo del rapporto continuativo:**

- Credito d'esercizio / Investimenti
- Liquidità
- Ripianamento passività

**Ammontare richiesto:**

- Basso (da € 1.000 a € 100.000)
- Medio (da € 101.000 a € 499.000)
- Alto (superiore ad € 499.000)

Prodotto richiesto (descrizione): .....

**Tipologia di rapporto continuativo:**

- Prestazione di garanzia relativa all'attività imprenditoriale/professionale svolta
- Prestazione di garanzia per accesso ai Fondi Antiusura (L. 108/96)

**Scopo del rapporto continuativo:**

- Credito d'esercizio / Investimenti
- Liquidità
- Ripianamento passività

**Ammontare richiesto:**

- Basso (da € 1.000 a € 100.000)
- Medio (da € 101.000 a € 499.000)
- Alto (superiore ad € 499.000)

<sup>12</sup> Per "rapporto continuativo" si intende il rapporto di durata rientrante nell'esercizio dell'attività istituzionale del Consorzio Fidi Sanitario che non si esaurisce in una sola operazione.

Garanzia collettiva dei fidi \_\_\_\_\_

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO

---

Prodotto richiesto (descrizione): .....

**Tipologia di rapporto continuativo:**

- Prestazione di garanzia relativa all'attività imprenditoriale/professionale svolta  
 Prestazione di garanzia per accesso ai Fondi Antiusura (L. 108/96)

**Scopo del rapporto continuativo:**

- Credito d'esercizio / Investimenti  
 Liquidità  
 Ripianamento passività

**Ammontare richiesto:**

- Basso (da € 1.000 a € 100.000)  
 Medio (da € 101.000 a € 499.000)  
 Alto (superiore ad € 499.000)

**QUADRO E – DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO**

- Fotocopia/e leggibile del/dei documento/i di riconoscimento, in corso di validità, di tutti i Titolari Effettivi ed Esecutori
- Visura storica aggiornata di iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio
- Documentazione attestante la rappresentanza
- Fotocopia atto costitutivo ed eventuali successive modifiche (qualora dalla visura storica non si evincano le quote di partecipazione societaria)
- Altro (specificare) .....

Garanzia collettiva dei fidi

---

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO

---

**QUADRO F – SOTTOSCRIZIONE**

Consapevole delle responsabilità previste dal D.Lgs. n. 90/2017 e successive modifiche e integrazioni e presa visione dell’informativa riportata in premessa, confermo le informazioni e i dati forniti e mi impegno a comunicare tempestivamente al Consorzio Fidi Sanitario ogni eventuale variazione intervenuta.

Data .....

Firma del soggetto che fornisce le informazioni .....

**Spazio riservato all’operatore di Consorzio Fidi Sanitario che ha raccolto le informazioni e innanzi al quale il soggetto ha apposto la firma nel quadro F sopra riportato.**

Io sottoscritto ..... dichiaro che i dati riportati nel presente Modulo sono corrispondenti ai documenti cartacei ad esso allegati.

Data .....

Firma .....

*Garanzia collettiva dei fidi*

---

**Sede: Via Gabriele D’Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234**



## QUADRO G - A CURA DEL PROPONENTE

**Evidenziare il comportamento tenuto dal cliente o dall'esecutore in occasione dell'apertura del rapporto o al compimento dell'operazione:**

- Nella norma (trasparenza e disponibilità del cliente o dell'eventuale esecutore nel fornire le informazioni richieste)
- Fuori norma (reticenza e poca trasparenza del cliente o dell'eventuale esecutore nel fornire le informazioni richieste)

**Ragionevolezza del rapporto continuativo in relazione all'attività svolta dal cliente:**

- SI
- NO

(motivare in caso di risposta negativa)

**Modalità di svolgimento del rapporto continuativo o dell'operazione:**

- Facilità di contatto diretto
- Difficoltà di contatto diretto

**Si registrano ripetute variazioni negli assetti proprietari ? (Più di 3 in un solo anno)**

- SI
- NO

**Si registrano ripetute variazioni nella sede legale? (Più di 3 in un solo anno)**

- SI
- NO



**Si è a conoscenza della sussistenza di provvedimenti o altre procedure pregiudizievoli in capo al cliente e/o ad uno o più dei suoi esponenti? Se sì, indicare quali:**

- procedimento penale
- procedimento per danno erariale
- responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/2001
- sanzione amministrativa per violazioni antiriciclaggio
- altro (specificare) .....
- non si è a conoscenza della sussistenza di alcun provvedimento o procedura pregiudizievole

**Si è a conoscenza della sussistenza di provvedimenti o altre procedure pregiudizievoli in capo a soggetti notoriamente legati al cliente (ad esempio per rapporti familiari o d'affari)? Se sì, indicare quali:**

- procedimento penale
- procedimento per danno erariale
- responsabilità amministrativa ex d.lgs 231/2001
- sanzione amministrativa per violazioni antiriciclaggio
- altro (specificare) .....
- non si è a conoscenza della sussistenza di alcun provvedimento o procedura pregiudizievole

**QUADRO H - A CURA DI CONSORZIO FIDI SANITARIO**

Codice Azienda: ..... Numero Pratica: .....

Codice SAE: ..... Codice RAE: .....



CONSORZIO FIDI SANITARIO

---

**Esiste congruità tra i dati acquisiti e le informazioni fornite dal cliente o dall'esecutore?**

SI

NO

(motivare in caso di risposta negativa)

.....

**Evidenze interne al Consorzio Fidi Sanitario rispetto al cliente:**

nessuna evidenza interna

sottoposto ad indagini finanziarie/giudiziarie

segnalato all'UIF

Informazioni raccolte dal Consorzio Fidi Sanitario e relative fonti:

.....

.....

**Spazio riservato all'operatore che ha effettuato l'adeguata verifica:**

Nome e Cognome: .....

Data .....

Firma .....

*Garanzia collettiva dei fidi*

---

**Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234**