

**Modulo per l'adeguata verifica del cliente attestazione da parte di terzi**

(art. 17 e ss. del Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e successive modifiche e integrazioni  
*Normativa antiriciclaggio – D.Lgs. n. 90/2017 e successive modifiche e integrazioni*)

Gentile Cliente, al fine del corretto assolvimento degli obblighi antiriciclaggio previsto dal D. Lgs. 25 maggio 2017 n. 90 (e successive modifiche e integrazioni) che dà attuazione in Italia alle disposizioni della Direttiva Europea (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ai fini di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, le sottoponiamo il presente questionario. La normativa sopra citata, tra l'altro, impone ai destinatari "obblighi di adeguata verifica della clientela" acquisendo dai clienti o potenziali clienti, oltre alle consuete informazioni, ulteriori elementi quali: Scopo e natura del rapporto continuativo - Identificazione del titolare effettivo - Struttura di proprietà e di controllo del cliente.

Il presente questionario è compilato a scopo di:

- DEFINIZIONE DI UN NUOVO PROFILO DI RISCHIO (barrare se **nuovo cliente**)
- AGGIORNAMENTO DI UN PROFILO DI RISCHIO ESISTENTE (barrare se **già cliente**)

Il sottoscritto:

**DATI PERSONALI DEL CLIENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Cod. Fisc: \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_

Sesso: Maschio Femmina Cittadinanza: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE CLIENTE**

Documento: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Rilasciato da: \_\_\_\_\_

1

Rilasciato il: \_\_\_\_\_ Scadenza il: \_\_\_\_\_

**RESIDENZA**

Residente a: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- (selezionare nel caso di società, ditta, ente pubblico/privato, fondazione, trust, altro diverso da persone fisiche)  
Titolare/legale rappresentante pro tempore di: (indicare denominazione/ragione sociale) \_\_\_\_\_
- (nel caso di persone fisiche) Cliente

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di omessa o falsa dichiarazione ai sensi dell'art. 55 comma 2 e 3 del d.lgs.231/2007, preso atto che l'art. 21 del D.Lgs. 231/2007 intitolato "Obblighi del cliente" stabilisce che: "I clienti forniscano sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela ( . . )

dichiara

- di essere consapevole che i dati di seguito indicati sono raccolti per adempiere agli obblighi di adeguata verifica del cliente e del titolare effettivo previsti dal d.lgs. 231/2007 relativi alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario ed economico a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo;
- di essere consapevole dell'obbligatorietà del rilascio dei dati di seguito previsti;
- di essere consapevole che il rifiuto al rilascio dei dati di seguito previsti comporterà l'impossibilità per For Media S.r.l. di eseguire le operazioni richieste, ai sensi dell'art.23 del d.lgs. 231/2007;
- di impegnarsi a provvedere a comunicare tempestivamente a For Media S.r.l. eventuali modifiche o variazioni che dovessero intervenire sui dati di seguito rilasciati;

posto quanto sopra, fornisce i seguenti dati:

PERSONA FISICA (Allegare copia documento identità e codice fiscale)

NOME	COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	PROVINCIA
NAZIONALITA'	RESIDENZA (indirizzo, n. civico, CAP, Comune, Stato Estero)
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA
CODICE FISCALE	
EMAIL	TELEFONO O MOBILE
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da quello di residenza INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE STATO ESTERO)	
TIPO DI DOCUMENTO D'IDENTITA':	N°
RILASCIATO DA:	

Dati relativi all'eventuale delegato ad operare ESECUTORE/DELEGATO/CURATORE/TUTORE/PROCURATORE

NOME	COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	PROVINCIA
NAZIONALITA'	RESIDENZA (indirizzo, n. civico, CAP, Comune, Stato Estero)
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA
CODICE FISCALE	
EMAIL	TELEFONO O MOBILE
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da quello di residenza INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE STATO ESTERO)	
TIPO DI DOCUMENTO D'IDENTITA':	N°
RILASCIATO DA:	

2

#### TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO

Il sottoscritto dichiara inoltre:(selezionare una delle seguenti alternative)

- di essere l'unico titolare effettivo della Ditta/Società
- di essere il titolare effettivo della Ditta/Società unitamente al/i soggetti di seguito indicati (in tal caso compilare il riquadro sottostante);
- di non essere il titolare effettivo della Ditta/Società in quanto il/i titolare effettivo/i è/sono i soggetti di seguito indicati (in tal caso compilare il riquadro sottostante);

NOME	COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	PROVINCIA
NAZIONALITA'	RESIDENZA (indirizzo, n. civico, CAP, Comune, Stato Estero)
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA
CODICE FISCALE	
EMAIL	TELEFONO O MOBILE
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da quello di residenza INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE STATO ESTERO)	
TIPO DI DOCUMENTO D'IDENTITA':	N°
RILASCIATO DA:	

ALTRO TITOLARE EFFETTIVO

NOME		COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA		PROVINCIA
NAZIONALITA'	RESIDENZA (indirizzo, n. civico, CAP, Comune, Stato Estero)	
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	
CODICE FISCALE		
EMAIL	TELEFONO O MOBILE	
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da quello di residenza INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE STATO ESTERO)		
TIPO DI DOCUMENTO D'IDENTITA':		N°
RILASCIATO DA:		

ALTRO TITOLARE EFFETTIVO

NOME		COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA		PROVINCIA
NAZIONALITA'	RESIDENZA (indirizzo, n. civico, CAP, Comune, Stato Estero)	
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	
CODICE FISCALE		
EMAIL	TELEFONO O MOBILE	
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da quello di residenza INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE STATO ESTERO)		
TIPO DI DOCUMENTO D'IDENTITA':		N°
RILASCIATO DA:		

ALTRO TITOLARE EFFETTIVO

NOME		COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA		PROVINCIA
NAZIONALITA'	RESIDENZA (indirizzo, n. civico, CAP, Comune, Stato Estero)	
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	
CODICE FISCALE		
EMAIL	TELEFONO O MOBILE	
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da quello di residenza INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE STATO ESTERO)		
TIPO DI DOCUMENTO D'IDENTITA':		N°
RILASCIATO DA:		

posto quanto sopra, fornisce le seguenti informazioni:

**I. PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE INTERNAZIONALI O ITALIANE / POLITICI LOCALI**

Il Cliente in relazione al possesso della qualità di Persona Politicamente esposta o di politico locale, dichiara:

- di ricoprire o di aver ricoperto nell'ultimo anno un'importante carica pubblica
- di essere familiare diretto di una persona che ricopre o ha ricoperto nell'ultimo anno un'importante carica pubblica
- di intrattenere stretti legami con una persona che ricopre o ha ricoperto nell'ultimo anno un'importante carica pubblica
- di ricoprire o aver ricoperto nell'ultimo anno una carica pubblica a livello regionale, provinciale o comunale
- di non trovarsi in nessuna delle situazioni sopra descritte

Note: (specificare eventuali cariche ricoperte): \_\_\_\_\_

**II. ATTIVITA' ECONOMICA SVOLTA DAL CLIENTE** (compilare solo in caso di CLIENTE PERSONA FISICA)

Il Cliente dichiara di svolgere in prevalenza la seguente attività economica o di trovarsi nella seguente condizioni.

Specificare sinteticamente l'attività lavorativa svolta dal cliente\_\_\_\_\_

**ATTIVITA' ECONOMICA SVOLTA DALLA PERSONA GIURIDICA** (compilare solo in caso di CLIENTE PERSONA GIURIDICA)

CODICE CLASSIFICAZIONE ATECORI 2007: \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CODICE ATTIVITA': \_\_\_\_\_

**III. LOCALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' SVOLTA**

Il Cliente dichiara di svolgere la propria attività o comunque i suoi affari nel seguente luogo:

- Regione di residenza
- Più regioni italiane compresa quella di residenza (specificare altre regioni)\_\_\_\_\_
- Unione Europea
- Stati extracomunitari esclusi Paesi a rischio
- Paesi terzi ad alto rischio (esempio: Afghanistan, Iraq, Siria, Uganda, Yemen, Iran, Vanatu etc)

4

**IV. FINALITA' DEL RAPPORTO O DELL'OPERAZIONE**

Il Cliente dichiara che il rapporto è aperto o l'operazione è compiuta per una delle seguenti finalità:

- Esigenze di finanziamento personali/familiari
- Esigenza di finanziamento professionali/commerciali
- Altro (specificare)\_\_\_\_\_

Luogo e data..... Il "Cliente" \_\_\_\_\_  
(firma)

**SPAZIO RISERVATO AL COLLABORATORE DI FOR MEDIA S.r.l.**

Io sottoscritto, in qualità di collaboratore della FOR MEDIA S.r.l., dichiaro di aver assolto agli obblighi di identificazione del Cliente e di esibizione e consegna di documenti identificativi, ai sensi del D. Lgs. N. 231/2007 e del Provvedimento della Banca D'Italia del 03/04/2013. Dichiaro, altresì, che il Cliente ha proceduto alla compilazione del presente Questionario e apposto le sottoscrizioni previste in mia presenza.

Luogo e data\_\_\_\_\_

Cognome e Nome Collaboratore\_\_\_\_\_ Timbro e Firma Collaboratore\_\_\_\_\_

**SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO**  
**SEZIONE I**

COMPILAZIONE DELLA SEZIONE È A CURA DEL CONSULENTE/COLLABORATORE CHE SVOLGE L'ATTIVITA' DI IDENTIFICAZIONE E DI ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Denominazione sociale (in caso di Cliente persona giuridica) \_\_\_\_\_

DOMANDA	RISPOSTA	
Il cliente identificato risulta:	<input type="checkbox"/> Nuovo Cliente	<input type="checkbox"/> Già Cliente
Il cliente è stato incontrato di persona:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nella fase di identificazione e di adeguata verifica il cliente si è dimostrato	<input type="checkbox"/> Disponibile	<input type="checkbox"/> Riluttante a fornire le informazioni richieste
Il cliente ha fornito informazioni false:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Evidenziare se il cliente ha tenuto nella fase di consulenza uno dei seguenti comportamenti:	<input type="checkbox"/> Il cliente a seguito della richiesta delle informazioni rinuncia ad effettuare l'operazione; <input type="checkbox"/> Il cliente pone ripetuti quesiti in ordine alle modalità di applicazione della normativa antiriciclaggio e antiterrorismo e cerca di eludere tali presidi <input type="checkbox"/> Il cliente dimostra di non conoscere la natura, l'oggetto e l'ammontare dell'operazione o del servizio <input type="checkbox"/> Il cliente fornisce spiegazioni non realistiche, confuse o incoerenti, facendo insorgere il sospetto che possa agire per conto di un terzo; <input type="checkbox"/> Il cliente risulta sempre accompagnato da altre persone che appaiono estremamente interessate all'operazione; <input type="checkbox"/> Il cliente evita contatti diretti con il mediatore rilasciando a terzi deleghe e procure ad operare; <input type="checkbox"/> Nessun comportamento anomalo	

5

**SEZIONE II**

Verifica sui rischi connessi con l'antiriciclaggio (BARRARE LE CASELLE)

RISCHIO BASSO  RISCHIO MEDIO  RISCHIO ALTO

NEL CASO SI RAVVISINO ELEMENTI SOSPETTI O SI ASSEGNI AL CLIENTE UN PROFILO DI RISCHIO ALTO SI INVITA IL CONSULENTE A COMPILARE L'APPOSITO MODULO DI SEGNALAZIONE OPERAZIONI SOSPETTE. IL MODULO COMPILATO DOVRÀ ESSERE TRASMESSO TEMPESTIVAMENTE AL RESPONSABILE ANTIRICICLAGGIO.

Laddove il cliente identificato risulti già cliente occorre verificare la classe di rischio assegnata all'atto dell'instaurazione del precedente rapporto. (verificare la precedente classe di rischio assegnata).

RISCHIO ASSEGNATO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Cognome e Nome Collaboratore \_\_\_\_\_ Timbro e Firma Collaboratore \_\_\_\_\_

Allegati:  Copia documento d'identità del cliente  Copia del codice fiscale  Altri documenti (specificare) \_\_\_\_\_