

**MODULO PER RICHIESTA DEL DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITA' CONTRIBUTIVA (DURC)
PER FORNITURE E SERVIZI DA PARTE DELLA STAZIONE APPALTANTE
(AI SENSI DELLA LEGGE 2/2009)**

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'ENTE			
OGGETTO :			
CIG		PROT. N.	Data / /

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL CONTRAENTE			
1	Codice Fiscale *		E-mail*
	Fax ¹		E-mail PEC ²
2	Denominazione Ragione Sociale *		
3	Sede legale *	Cap	Comune Pr
		Via/Piazza	N°
4	Sede operativa *	Cap	Comune Pr
		Via/Piazza	N°
5	Recapito corrispondenza*	<i>sede legale</i> <input type="checkbox"/> oppure <i>sede operativa</i> <input type="checkbox"/>	
6	Tipo Ditta*	<i>Datore di lavoro</i> <input type="checkbox"/> <i>Lavoratore autonomo</i> <input type="checkbox"/> <i>Gestione Separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione</i> <input type="checkbox"/> <i>Gestione Separata - Committente/Associante</i> <input type="checkbox"/>	
7	C.C.N.L. applicato*	Settore:	
8	Durata del servizio* (solo per appalti di servizi)	Dal/...../..... al/...../.....	
9	Dimensione aziendale * (n. dipendenti)	N° dipendenti	
10	Tot. Lavoratori per l'esecuzione dell'appalto *	N. di cui dipendenti	
11	Importo Appalto Fornitura/Servizio* (IVA esclusa)	€	
	Importo relativo alla richiesta *(IVA esclusa)	€	
ENTI PREVIDENZIALI			
1	INAIL - codice ditta *		INAIL - posizioni assicurative territoriali*
2	INPS - matricola azienda *		INPS - sede competente*
	INPS – codice fiscale *		INPS - sede competente*
	INPS – pos. contr. Individuale *		INPS - sede competente*
3	INPS - posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane *		INPS - sede competente*

(*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio in assenza di PEC

(2) campo obbligatorio in assenza di Fax

Luogo e data

Firma



DA COMPILARE PER IL CONTRAENTE NON ISCRITTO A INAIL/INPS**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Il/la sottoscritto/a C.F.
 nato/a a il e residente a
 C.A.P. via n.

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai fini del D.U.R.C.:

- di NON essere iscritta/o all'INAIL;
- di NON essere iscritta/o all'INPS;

ai fini previdenziali:

di essere iscritta/o, ai fini previdenziali, presso, indirizzo e di essere, alla data odierna, in regola con la contribuzione all'Ente previdenziale indicato

di non essere iscritto ad un Ente Previdenziale.

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il consenso e autorizzo l'Amministrazione in indirizzo al trattamento dei dati comunicati esclusivamente per le finalità inerenti la gestione delle procedure.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data _____

Il Dichiarante

Ai fini della validità della presente dichiarazione (pagina 2/2) deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore (esente da autentica di firma ai sensi dell'articolo 38 comma 3, del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).