

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Il/la Sottoscritto/a..... nato/a il ... / ... / a.....

in qualità di..... dell'impresa

1	Codice Fiscale *		E-mail*	
	Fax ¹		E-mail PEC ²	
2	Partita I.V.A.			
3	Sede legale *	Cap	Comune	Pr
		Via/Piazza		N°
4	Sede operativa *	Cap	Comune	Pr
		Via/Piazza		N°
5	Recapito corrispondenza*	sede legale <input type="checkbox"/> oppure sede operativa <input type="checkbox"/>		
6	Tipo Ditta*	Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Gestione Separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione <input type="checkbox"/> Gestione Separata - Committente/Associante <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)	€		

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro, come previsto dall'art. 48 del DPR 445/2000 e delle sanzioni indicate all'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, e consapevole altresì di poter decadere in tali casi dai benefici ottenuti, rende la presente dichiarazione sostitutiva del documento unico di regolarità contributiva (DURC), pertanto

DICHIARA
 di essere iscritto/a ai fini previdenziali alle seguenti posizioni:

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*	

di non essere iscritto/a ai predetti Enti previdenziali, bensì di avere le seguenti posizioni previdenziali presso

.....

.....

.....

indirizzo

.....

.....

e di essere in regola con la contribuzione all'Ente/i previdenziale/i sopra indicato/i.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni modificazione intervenuta rispetto alla presente dichiarazione.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 allega alla presente dichiarazione copia fotostatica non autenticata del seguente documento di identità: n. del scadenza

Luogo e data

.....

Firma

.....

(*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio in assenza di PEC

(2) campo obbligatorio in assenza di Fax

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, le informazioni contenute nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per gli adempimenti connessi all'affidamento di beni o servizi, e comunque secondo criteri di correttezza e liceità; con la sottoscrizione il dichiarante acconsente al trattamento provvisorio dei dati per le finalità suddette.

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'ENTE

OGGETTO :			
CIG		PROT. N.	Data / /