

“Modello di autocertificazione di regolarità contributiva”

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. di _____) il ____/____/____
residente a _____ Via/P.zza _____,
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000 e artt. 476 segg. Codice Penale) in qualità di legale rappresentante di _____, ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

D I C H I A R A

per la seguente finalità (barrare con una **X** la casella interessata):

- Partecipazione a procedura di evidenza pubblica
- Sottoscrizione contratto/ordine di fornitura
- Pagamento SAL
- Altro (specificare) _____

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS ed INAIL stabiliti dalle vigenti disposizioni e comunica i seguenti dati:

I – IMPRESA

1 Codice Fiscale* _____ *E-mail* _____

2 Denominazione / ragione sociale * _____

3 Sede legale * cap. _____ **Comune** _____

Via/Piazza _____ **n.** _____

4 Sede operativa* cap. _____ **Comune** _____

Via/Piazza _____ **n.** _____

5 Recapito corrispondenza * _ sede legale _ sede operativa

6 Tipo impresa * _____

7 Tipo ditta* (barrare con una **X** la casella interessata):

- Datore di Lavoro
- Gestione Separata - Committente/Associante
- Lavoratore Autonomo
- Gestione Separata - Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione

8 C.C.N.L. applicato*: specificare _____

9 Importo appalto/finanziamento (Iva esclusa) Euro* _____

II - ENTI PREVIDENZIALI

INAIL - codice ditta* _____ Posizioni assicurative territoriali _____

INPS - matricola azienda * _____ Sede competente * _____

SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO INTERESSATO

(*) campi obbligatori

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

N.B. Allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore della dichiarazione.