

PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

**MODELLO ATTUATIVO**

**DEL GAL SUD-EST BARESE s.c.a r.l.**

**ALLEGATO C.3b**

**DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_) 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ditta/Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

**D I C H I A R A**

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 ai fini della richiesta del DURC:

**I – IMPRESA**

**1 Codice Fiscale\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2** **Partita IVA\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3** **Denominazione/ragione sociale\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4** **Sede legale\*** cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**5 Sede operativa\*** (se diversa dalla sede legale) cap. \_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_

**6** **Recapito corrispondenza\*** sede legale 🞏 sede operativa 🞏 PEC 🞏

**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** **Dimensione aziendale** (n. dipendenti): da 0 a 5 🞏 da 6 a 15 🞏 da 16 a 50 🞏 da 51 a 100 🞏 Oltre 🞏

**II - ENTI PREVIDENZIALI**

**INAIL** - codice ditta\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posizione assicurativa territoriale \_\_\_\_ Sede competente\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INPS** - matricola azienda\* \_\_\_\_\_\_\_\_ Posizione contributiva individuale \_\_ Sede competente\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Campi obbligatori