

**Dichiarazione sostitutiva ai fini della verifica della regolarità contributiva***ai sensi dell'articolo 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445*

Il sottoscritto:

Nome e cognome		nata/o il	nel Comune di		Prov
Comune di residenza	CAP	Via	n.	Prov	

in qualità di **titolare/legale rappresentante** dell'impresa o dell'associazione professionale¹:

Anagrafica impresa						
Impresa o Associazione Professionale	Denominazione/Ragione sociale				Forma giuridica	
Sede legale	Comune	CAP	Via	n.	prov	
Dati impresa	Codice fiscale		Partita IVA			

ovvero, in qualità di **libero professionista**

Anagrafica libero professionista					
Sede legale	Comune	CAP	Via	n.	prov
Dati	Codice fiscale		Partita IVA		

CONSAPEVOLE delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso, e della **conseguente decadenza dai benefici** concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*),

¹ In caso di associazione professionale compilare il seguente riquadro laddove sia disponibile una posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa dell'associazione stessa, altrimenti procedere all'indicazione delle posizioni dei singoli professionisti compilando l'apposito campo. Si ricorda che in tal caso, è necessario fornire le informazioni relative a tutti i singoli professionisti.



315e51fa



DICHIARA

di essere iscritto, ai fini degli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, presso il/i seguenti istituti:

INPS: matricola azienda _____

INAIL: codice ditta/PAT _____

Cassa Edile: Codice impresa _____
Sezione impresa _____

Altra cassa previdenziale (da specificare): _____
Numero posizione: _____

oppure:

di non avere una posizione previdenziale o assicurativa aperta per le seguenti motivazioni:

di essere un promotore di impresa, che si impegna quindi a dare comunicazione della propria posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa non appena disponibile.

AUTORIZZA

l'Amministrazione concedente al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti con la presente dichiarazione, per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e della riservatezza e ai sensi dell'articolo 38 del citato DPR n. 445/2000.

Località e data

In fede

(apporre la firma digitale)

