



**ALLEGATOD alla Dgr n. 1443 del 15 settembre 2016**

**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:

Anagrafica impresa						
<b>Impresa</b>	Denominazione/Ragione sociale				Forma giuridica	
<b>Sede legale</b>	Comune	CAP	Via	n.	Prov	
<b>Dati impresa</b>	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*),

**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:**

---

---

---

---

## **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)