

**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 professionale<sup>1</sup>:

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*),

<sup>1</sup> 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.



b2d89150



## 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)

