

DURC - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE PER IMPRESE
(per servizi e forniture inferiore alla soglia di €20.000,00)
(ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 46 e dell'art. 4, comma 14-bis, della L. 106/2011)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____

residente a _____ Via _____

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 dell'Impresa _____

DICHIARA

in riferimento al servizio/fornitura _____

affidati con D.D./Contratto n. _____ del _____ di essere in regola con

l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 6 DPR 207/2010, art. 2 del D.L. n.210/02 convertito in L. n.266/02) e, a fini di controllo, attesta i seguenti dati:

Impresa codice fiscale	n. _____	Denominazione o ragione sociale	_____
Sede legale	Via _____ n. _____ Comune _____ cap _____		
Sede operativa	Via _____ n. _____ Comune _____ cap _____		
Indirizzo posta elettronica _____		n. fax: _____	
Recapito corrispondenza: <input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC	Tipo impresa <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata -committente/associante <input type="checkbox"/> lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione		
C.C.N.L. applicato	<input type="checkbox"/> Edilizia <input type="checkbox"/> Edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> Altri settori _____ (obbligatorio specificare)		
Dimensione Aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5 <input type="checkbox"/> da 6 a 15 <input type="checkbox"/> da 16 a 50 <input type="checkbox"/> da 51 a 100 <input type="checkbox"/> oltre		
Importo totale	€ _____ (escluso IVA)		
INAIL codice ditta n. _____		INAIL – Posizioni assicurative territoriali n. _____	
INPS - matricola azienda	n. _____	INPS–sede competente	Comune: _____
INPS – posizione contributiva individuale titolare / soci imprese artigiane (compilare solo per imprese artigiane individuali o familiari)	n. _____ n. _____ n. _____	INPS–sede competente	Comune: _____
Cassa Edile – codice impresa	n. _____	Cassa Edile – codice cassa n. _____ (esempi: AR00 – RM01 oppure C.E.R.T – C.E. provinciale)	

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti, di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato decreto legislativo n. 196/2003. Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio.

Firma titolare/legale rappresentante: _____ **data** _____

N.B. Allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore delle dichiarazioni

Ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. n. 445/2000 il presente documento ha validità di giorni 90