

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.U.R.C.)**  
 (art. 46 – comma 1, lett. p) D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a													
Nato/a a												II	
Residente a						Via						N	
Codice Fiscale													

ai sensi dell'art. 46 – comma 1, lett. p) del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000), in qualità di:

- <sup>1</sup> **Legale rappresentante della società** \*Denominazione \_\_\_\_\_  
 <sup>1</sup> **Titolare della ditta individuale** \* Denominazione \_\_\_\_\_

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

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n. 210/02 convertito in legge n. 266/02) e comunica i seguenti dati:

**I – IMPRESA**

Denominazione*																	
C.F.				P.I.													
Sede Legale *						via				n.							
Tel.				Email													
Fax				Pec													
Recapito corrispondenza <i>(barrare la voce che interessa)</i>						<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa											
Tipo di ditta* <i>(barrare la voce che interessa)</i>						<input type="checkbox"/> impresa <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo											
Contratto applicato*																	
Durata servizio/fornitura				dal				al									
N. dipendenti*				Tot. addetti all'appalto*				Di cui dipendenti*									

**II – ENTI PREVIDENZIALI**

- 1) **INPS:** Matricola azienda \_\_\_\_\_ sede competente\* \_\_\_\_\_  
 2) **INAIL:** codice ditta \* \_\_\_\_\_ posizioni assicurative territoriali \* (PAT) \_\_\_\_\_  
 sede competente\* \_\_\_\_\_  
 3) **CASSA EDILE** codice impresa \* \_\_\_\_\_ codice cassa \_\_\_\_\_  
 sede competente\* \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....

.....

\* campo obbligatorio

**N.B.:** Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore della dichiarazione.