

Modello di dichiarazione per regolarità contributiva in caso di altri incarichi professionali

OGGETTO: Incarico
Importo € **oltre contributo previdenziale ed IVA.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(articoli 38 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

PARTE DA COMPILARE PER LIBERO PROFESSIONISTA

Il sottoscritto..... nato a il
residente in Via n.....
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dal C.P. e dalle leggi speciali in
materia, in qualità di libero professionista iscritto all'Albo Professionale di, al N.
....., ovvero iscritto ad Albo analogo in Paese UE, con studio in, Via
....., C.F. - P.I.

in qualità di singolo professionista
 legale rappresentante dell'associazione temporanea di professionisti

oppure PARTE DA COMPILARE PER SOCIETA'

Il sottoscritto..... nato a il
residente in Via n.....
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dal C.P. e dalle leggi speciali in
materia, in qualità di legale rappresentante **della Società**

ovvero

in qualità di procuratore della stessa impresa in forza di procura n.
di rep. in data, del dott..
....., notaio in

con sede legale nel Comune di, Via/Piazza, n.
..... C.A.P.
con sede operativa nel Comune di, Via/Piazza, n.
....., C.A.P.
C.F. P.I., iscritta alla
C.C.I.A.A. di, numero iscrizione al registro delle imprese
..... data iscrizione

oppure **PARTE DA COMPILARE PER STUDIO ASSOCIATO**

Il sottoscritto..... nato a il
residente in Via n.....

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dal C.P. e dalle leggi speciali in
materia, in qualità di legale rappresentante **dello Studio Associato**

.....
con sede nel Comune di, Via/Piazza, n.
C.A.P. C.F. - P.I.

DICHIARA

- 1) Di essere in possesso di correntezza contributiva I.N.P.S. e I.N.A.I.L. e che i competenti uffici a
rilasciare le relative certificazioni sono I.N.P.S. di _____, via _____,
n. tel. _____ n. fax _____, I.N.A.I.L. di _____, via
_____, n. tel. _____, n. fax _____

INPS matricola azienda, INPS sede competente
Via/Piazza n., C.A.P.
tel. – fax

INAIL codice azienda, PAT INAIL
Via/Piazzan., C.A.P., tel.
..... – fax

Contratto collettivo nazionale di lavoro applicato ai dipendenti:

(specificare)

Totale addetti al servizio: (specificare)

DIMENSIONE AZIENDALE: (N.B. barrare l'ipotesi che interessa)

- da 0 a 5 da 6 a 15 da 16 a 50
 da 51 a 100 oltre 100

DATA

FIRMA

Allegare copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di
validità (Art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000).

N.B.: In caso di raggruppamento temporaneo tutti i partecipanti al medesimo dovranno compilare e
sottoscrivere la presente dichiarazione.