

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 46.

Oggetto: PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOSTITUTIVO DI MENSA MEDIANTE BUONI PASTO CARTACEI - CIG n. 6224680070

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)

Via _____ N. _____

In qualità di _____
(itolare, legale rappresentante procuratore, institore, altro da dichiarare)

Dell'impresa _____

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 della società

DICHIARA

in merito alla procedura di affidamento:

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento degli oneri contributivi e assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (della legge n. 266/2002 e del D.L. 276/2003)

e comunica i seguenti dati:

I	IMPRESA	
1	Codice Fiscale Partita IVA	
2	Denominazione / Ragione sociale	
3	Sede Legale	Via/piazza _____ n.
		Cap _____ Comune _____ Pr. _____
4	Sede Operativa	Via/piazza _____ n.
		Cap _____ Comune _____ Pr. _____
5	Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale oppure <input type="checkbox"/> sede operativa
6	Tipo Impresa	<input type="checkbox"/> impresa <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
7	C.C.N.L. applicato	<input type="checkbox"/> edile industria <input type="checkbox"/> edile P.M.I.

		<input type="checkbox"/> edile Cooperazione <input type="checkbox"/> edile Artigianato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> altri settori – indicare il settore		
8	Dimensione aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5 <input type="checkbox"/> da 16 a 50 <input type="checkbox"/> da 6 a 15 <input type="checkbox"/> da 51 a 100 <input type="checkbox"/> oltre		
II ENTI PREVIDENZIALI				
1	INAIL – codice ditta		INAIL – posizioni assicurative territoriali	
2	INPS – matricola azienda		INPS – sede competente	
3	INPS – posizione contributiva individuale titolare /soci imprese artigiane		INPS – sede competente	
4	CASSA EDILE – codice impresa		CASSA EDILE – codice cassa	

Luogo e data

firma del dichiarante

.....

.....

N.B. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia di valido documento di identità del dichiarante a **pena di esclusione.**