

PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA ANNO 2016 DI RICAMBI PER AUTOBUS ORIGINALI ED EQUIVALENTI NUOVI DI FABBRICA; Lotto n.....CIG:.....

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

Il/la sottoscritto/a _____

 (cognome) (nome)

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

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

Via _____ N. _____

In qualità di _____
 (Titolare, 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

D I C H I A R A

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 | <input type="checkbox"/> sede legale _____ oppure _____ <input type="checkbox"/> sede _____ |

| | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| | corrispondenza | 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.