

INAIL
DIREZIONE REGIONALE SARDEGNA
Via Nuoro, 50
09125 – CAGLIARI

OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 – T.U. 28/12/2000 n. 445) DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

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

nato/a a _____ (____) il _____

in qualità di (barrare la scelta che interessa):

- Persona fisica/titolare
- Legale rappresentante
- Procuratore (giusta procura allegata in copia)

dell'impresa _____ con sede in

_____ VIA _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 T.U. 28/12/2000 n. 445) e della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che la Struttura _____ impiega lavoratori subordinati o altro personale per il quale sussiste obbligo di iscrizione presso INAIL Codice Cliente n. _____ / INPS Matricola n. _____;
- che l'impresa è regolare dal punto di vista contributivo con INAIL e INPS;
- di essere legittimato/a alla firma in virtù della carica ricoperta;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della Convenzione.

Altro: _____

In fede

(luogo, data)

Timbro e Firma leggibile
