

INAIL
DIREZIONE REGIONALE LIGURIA
VIA G. D'ANNUNZIO, 76
16121 GENOVA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEL DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

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 sanitaria/studio professionale _____
_____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

Timbro e Firma leggibile del
Legale Rappresentante

(luogo, data)
