

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA ASSISTENZIALE E ASSICURATIVA

AUTOCERTIFICAZIONE RISPETTO CCNL

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28-12-2000 n. 445)

Il Sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ luogo di nascita _____

Data di nascita _____ Cittadinanza _____

Residenza in Via/Piazza _____ Prov. _____

Cap. _____ Comune _____

In qualità di Titolare/Legale rappresentante di:

Denominazione Ditta _____
(come da certificazione C.C.I.A.A.)

Partita Iva _____ Codice Fiscale _____

Sede legale _____ Comune _____ Prov. _____

Cap _____ Tel _____ Fax _____

E-mail _____

P.e.c. (posta elettronica certificata) _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del suddetto D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e ai fini del procedimento cui si intende partecipare,

DICHIARA

- ☐ di essere in regola con gli obblighi relativi al versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione vigente.
- ☐ di rispettare i Contratti Collettivi nazionali di Lavoro per tutto il personale da impiegare nell'esercizio delle attività previste

oppure

- ☐ l'assenza di dipendenti, familiari, soci o collaboratori a qualunque titolo.

Luogo e data

IL DICHIARANTE
