

**Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art.46, comma 1, lett.p) del D.P.R. 445/2000 inerente l'assolvimento di specifici obblighi contributivi.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante dell'impresa/della società \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Ai fini di quanto previsto dall'art.4, comma 14 bis del Decreto Legge 13 maggio 2011, n.70, convertito con Legge 12 luglio 2011, n.106,

e consapevole della responsabilità penale cui si incorre in caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46, comma 1, lett.p) del D.P.R. n. 445/2000:

di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilita l'impresa (D.Lgs. 163/2006, art. 38, comma 1, lett. i e comma 2);

di mantenere le seguenti posizioni assicurative, contributive e previdenziali:

INPS			
Matricola Azienda o posizione contributiva individuale	1)	Sede competente	1)
	2)		2)
	3)		3)
	4)		4)
	5)		5)
INAIL			
Matricola Azienda o posizione contributiva individuale	1)	Sede competente	1)
	2)		2)
	3)		3)
	4)		4)
	5)		5)
CASSA EDILE			
Codice Impresa	1)	Sede competente Codice Cassa	1)
	2)		2)
	3)		3)
	4)		4)
	5)		5)
Altre casse di previdenza (specificare quale):			
posizione contributiva individuale	1)	Sede competente	1)
	2)		2)

che il settore di appartenenza del contratto collettivo che è tenuta ad applicare ai propri dipendenti è il seguente:  
 Edilizia

Altri settori\*: .....  
\*occorre specificare il settore di riferimento da individuarsi all'indirizzo  
<http://www.cliclavoro.gov.it/servizi/azienda/argo02/Documents/co.AllegatiDecreto.31.03.2010.zip>  
e che il numero totale di addetti alla fornitura è di .....

che la dimensione dell'azienda è la seguente (barrare la casella che interessa):

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 dipendenti | <input type="checkbox"/> da 16 a 50  |
| <input type="checkbox"/> da 1 a 5     | <input type="checkbox"/> da 51 a 100 |
| <input type="checkbox"/> da 6 a 15    | <input type="checkbox"/> Oltre 100   |

che gli adempimenti periodici relativi ai versamenti contributivi sono in regola;

che non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate o non pagate ovvero, che è stata conseguita procedura in sanatoria, positivamente definita con atto dell'Ente interessato del quale si forniscono gli estremi \_\_\_\_\_

*oppure*

che non sussistono i requisiti per l'iscrizione a INPS e INAIL o ad altri Istituti previdenziali che gestiscano fondi assicurativi obbligatori (es: CASSA EDILE, INARCASSA, ENPALS, altri Istituti Previdenziali);

che non si ha l'obbligatorietà di iscrizione all'INPS in quanto non si hanno dipendenti; e che il numero di iscrizione all'INAIL è \_\_\_\_\_ sede di competenza \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma e timbro \*

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**\* Modalità alternative per la sottoscrizione:**

- sottoscrizione in presenza del dipendente addetto alla ricezione ( in tal caso il dipendente attesterà che la sottoscrizione è stata apposta alla sua vista e presenza);
- sottoscrizione e allegazione di copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore.