

# AUTOCERTIFICAZIONE di REGOLARITA' CONTRIBUTIVA INPS/INAIL

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.U.R.C.)

(Art.46, comma 1, lettera p), D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di titolare/Legale rappresentante della Ditta concorrente (denominazione o ragione sociale)

(nel caso di Procuratore Speciale) giusta procura speciale autenticata nella firma in data \_\_\_\_\_

dal Notaio in \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_ Rep. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_,

n. \_\_\_\_\_,

e sede operativa in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_, P.ta IVA \_\_\_\_\_,

ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

### DICHIARA

1) che il C.C.N.L. applicato è il seguente: \_\_\_\_\_

2) che la Ditta è iscritta/assicurata ai seguenti enti previdenziali:

#### ➤ INPS

Matricola azienda \_\_\_\_\_

Sede competente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Posiz. Contrib. Individuale (titolare/soci imprese artig./agric. Indiv. o fam.) \_\_\_\_\_

sede competente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Lavoratori dipendenti n. \_\_\_\_\_

➤ **INAIL**

Codice ditta \_\_\_\_\_

Sede competente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Posizioni assicurative territoriali (PAT) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

che il numero di persone che verranno impiegate nell'esecuzione del presente contratto è \_\_\_\_\_

- 3) che esiste la correntezza degli adempimenti mensili o, comunque, periodici alla data del \_\_\_\_\_;
- 4) che esiste la corrispondenza tra versamenti effettuati e versamenti accertati dagli istituti previdenziali come dovuti;
- 5) che non esistono inadempienze in atto;
- 6) che non sono in corso controversie amministrative/giudiziali per l'esistenza di debiti contributivi.
- 7) **(barrare la casella prescelta)** che esiste  non esiste  richiesta di rateizzazione per la quale l'Istituto competente INPS / INAIL abbia espresso parere favorevole.
- 8) **(barrare la casella prescelta)** che esistono  non esistono  sospensioni dei pagamenti a seguito di disposizioni legislative.
- 9) **(barrare la casella prescelta)** che esiste  non esiste  istanza di compensazione per la quale sia stato documentato il credito.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_