DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'IMPRESA ESECUTRICE AL FINE DELL'ACQUISIZIONE D'UFFICIO DEL CERTIFICATO DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA (D.U.R.C.)

| IL SOTTOSCRITTO | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----------------------------|----------|
| Cognome*: | | No | Nome*: | |
| Codice fiscale*: | | | | |
| Residente a*: | Via*: | | | Numero*: |
| Telefono *: | | Ce | ellulare: | |
| Mail: | | | | |
| Casella PEC: | | | | |
| | | | | |
| IN QUALITA' DI TITOLARE - LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ESECUTRICE: | | | | |
| Denominazione*: | | | P. IVA*: | |
| Sede a*: | e a*: Via*: | | | Numero*: |
| elefono*: | | | | |
| Mail: | | | | |
| Casella PEC: | | | | |
| Avvalendosi della disposizione di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U., in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità: | | | | |
| ATTESTA al fine dell'acquisizione d'ufficio del Documento Unico di Regolarità Contributiva (D.U.R.C.) | | | | |
| a) la regolarità nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, nonché in tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente nei confronti di INPS, INAIL e Casse Edili o altro, verificati sulla base della rispettiva normativa di riferimento | | | | |
| b) CCNL applicato al personale dipendente* | | | | |
| ☐ Edilizia | | | | |
| ☐ Edile con solo Impiegati e Tecnici ☐ Altri settori Specifica il settore | | | | |
| c) che l'impresa sopra indicata è iscritta nel registro delle Imprese presso la Camera CC.I.AA | | | | |
| di* | | | | |
| al numero di REA* | | | | |
| ☐ datore di lavoro che applica il seguente CCNL*: ☐ lavoratore autonomo | | | | |
| e ha un numero di* dipendenti | | | | |
| d) che l'impresa citata è iscritta/assicurata ai seguenti enti previdenziali: | | | | |
| | INIDO* | E | non iscritta | |
| | INPS* | | iscritta con nume | ero |
| | | | ede di | |
| | INAIL* | | ☐ non iscritta | |
| | | | iscritta con numero Sede di | |
| | | | | |
| CASSA EDILE* | | | non iscritta | |
| | | | iscritta con numero | |
| | | | Sede di | |
| e) che non sono in corso controversie amministrative / giudiziali per l'esistenza di debiti contributivi | | | | |
| f) che non esistono in atto inadempienze e rettifiche notificate | | | | |

Data,