



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ALLEGATO N. 12

(Dichiarazione resa ai sensi del D.p.R. 445 del 28/12/2000, n. 445 di regolarità contributiva, e di comunicazione dati identificativi dell'impresa per la richiesta del modello DURC)

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____
nato a _____ il _____ in qualità di _____
della Ditta _____ con sede legale in _____
Via _____ Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
e-mail _____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.p.R. 445/2000 e
s.m.i.

dichiara

ai sensi dell'art. 38, comma 1, lettera i) del D.Lgs 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i., che la Ditta
_____ è in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi,
assicurativi e previdenziali stabiliti dalle vigenti disposizioni;

dichiara ed attesta, altresì, ad ogni effetto di legge

Denominazione /Ragione sociale Ditta	_____
Codice Fiscale	_____
Partita Iva	_____
Sede legale	_____
Sede operativa	_____
Sede Amministrativa	_____
Tipo di Impresa	_____
C.C.N.L. applicato	_____
Totale addetti /dipendenti	_____
Posizione <u>INAIL</u>	Codice Ditta: _____ Posizioni assicurative territoriali _____ Sede competente: _____ _____
Posizione <u>INPS</u>	matricola Azienda: _____ Sede competente: _____ _____

Il sottoscritto è informato, ai sensi e per gli effetti di della Legge n. 196/2003 e successive
modificazioni ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la
presente dichiarazione viene resa.

Data ____/____/_____

(Firma non autenticata del dichiarante)

Note:

La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica fronte-retro non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.