



Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Ai sensi art. 16 Regolamento Economie ATA S.p.A.)

Mod. DRCACQ 2.1

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

in qualità di Titolare/Legale rappresentante della Ditta (*denominazione e 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. _____,

Codice Fiscale _____, P.ta IVA _____,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e dall'art. 476 e seguenti del Codice Penale in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi e previdenziali stabiliti dalle vigenti disposizioni (Decreto Legge "anticrisi" n° 185/2008, Legge 106/2011 art. 4 comma 14-bis, Legge "di stabilità 2012" n° 183/2011 e Legge 35/2012 art.14 comma 6-bis) e comunica i seguenti dati:

A) – DATI IMPRESA

Codice Fiscale / P.IVA* _____ E-mail _____

E-mail Pec* _____

Denominazione / ragione sociale* _____

Sede legale* cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Sede operativa* cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Indirizzo attività (1) cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Recapito corrispondenza* **Sede legale** ☐ **Sede operativa** ☐

Tipo impresa* **Impresa** ☐ **Lavoratore autonomo** ☐

C.C.N.L. applicato* **Edilizia** ☐ **Edile con solo Impiegati e Tecnici** ☐

Altro (specificare) _____

Dimensione aziendale - numero dipendenti* _____

B) – DATI ENTI PREVIDENZIALI

INAIL - Codice ditta* _____ Posizioni assicurative territoriali (PAT) Sede Competente* _____

INPS - Matricola azienda* _____ Sede competente* _____

INPS - Posiz.contrib.indiv.titolare/soci impr.artigiane* _____ Sede comp.* _____

CASSA EDILE - Codice impresa* _____ Codice cassa _____



Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(Ai sensi art. 16 Regolamento Economie ATA S.p.A.)

Mod. DRCACQ 2.1

Luogo _____, Data _____

Firma leggibile del Legale Rappresentante

(*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti

N.B. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (fronte retro) in corso di validità del soggetto sottoscrittore del modello.