

**SPORTELLO UNICO PREVIDENZIALE**  
**STAZIONI APPALTANTI**  
**D.U.R.C.**  
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

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

C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In qualità di legale rappresentante della ditta: \_\_\_\_\_  
(ragione sociale della ditta)

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 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Di essere **Lavoratore autonomo**  SI  NO

Che il codice fiscale della ditta è \_\_\_\_\_

Che il codice della ditta è \_\_\_\_\_

Che è iscritta alla sede INPS di \_\_\_\_\_ con il codice \_\_\_\_\_

Che è iscritta alla sede INAIL di \_\_\_\_\_ con il codice \_\_\_\_\_  
PAT: \_\_\_\_\_

Che la sede legale è la seguente: \_\_\_\_\_  
(città, provincia, via e numero civico)

Che la sede operativa è la seguente: \_\_\_\_\_  
( se diversa da quella legale indicare città, provincia, via e numero civico)

Che il settore è: \_\_\_\_\_ con numero totale di addetti \_\_\_\_\_  
(descrizione prevista dall'elenco dell' INPS)

Che la durata del servizio va dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Che l'importo dell'appalto è di €: \_\_\_\_\_

Che il recapito telefonico è: \_\_\_\_\_ che il numero di fax è: \_\_\_\_\_

La ditta si impegna a comunicare con le stesse modalità e pari modulo le variazioni che dovessero eventualmente verificarsi.

**(allegato: copia del documento di riconoscimento in corso di validità)**

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma (leggibile)