

## DICHIARAZIONE

(DA COMPILARE IN SOSTITUZIONE DELLA CERTIFICAZIONE DELL'I.N.P.S. , I.N.A.I.L. E CASSA EDILE)

Istruzioni per la compilazione:

1. La dichiarazione va compilata correttamente in ogni sua parte segnando con una crocetta le caselle che interessano e sbarrando l'intero periodo che non interessa.

Il/la Sottoscritto/a.....  
Nato/a a .....il.....Cod.Fisc.....  
Residente nel Comune di.....Provincia.....  
Via/piazza.....  
In qualità di .....  
della ditta.....  
con sede nel Comune di .....Provincia.....  
via/piazza.....  
con codice fiscale numero.....  
**con partita I.V.A. numero .....**

**Ai sensi degli art.li 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e  
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di  
dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,**

### DICHIARA

☐ di essere assicurata **all'I.N.A.I.L.** codice ditta n° .....

☐ di essere iscritta **all'I.N.P.S. con** matricola n° .....

☐ di essere iscritta alla **CASSA EDILE** di .....

con numero di posizione .....

☐ di essere in regola circa la correttezza degli adempimenti periodici relativi ai versamenti contributivi verso l'INAIL e l'INPS e degli accantonamenti operai e dei contributi verso la CASSA EDILE.

☐ che non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate e non pagate nei confronti dei suddetti istituti

### OVVERO

☐ è stata conseguita procedura di sanatoria positivamente definita con atto dell' Ente (INAIL - INPS - CASSA EDILE) N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di cui si allega copia.....

Data.....

IL DICHIARANTE

.....  
(allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità)

<b>I</b>	<b>IMPRESA</b>	
1	Codice Fiscale	
	E-mail	
2	Denominazione/Ragione Sociale	
3	<b>SEDE LEGALE</b>	
	Cap e Provincia	
	Comune	
	Via/Piazza e numero civico	
4	<b>SEDE OPERATIVA</b>	
	Cap e Provincia	
	Comune	
	Via/Piazza e numero civico	
5	Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> Sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa
6	Tipo impresa	<input type="checkbox"/> Impresa <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
7	C.C.N.L. Applicato	<input type="checkbox"/> Edile industria <input type="checkbox"/> Edile Piccola Media Impresa <input type="checkbox"/> Edile Cooperazione <input type="checkbox"/> Edile Artigianato <input type="checkbox"/> Altro, non Edile
8	Dimensione aziendale	<input type="checkbox"/> da 0 a 5 <input type="checkbox"/> da 6 a 15 <input type="checkbox"/> da 16 a 50 <input type="checkbox"/> da 51 a 100 <input type="checkbox"/> oltre
<b>II</b>	<b>ENTI PREVIDENZIALI</b>	
1	INAIL – codice ditta	
	INAIL – posizioni assicurative territoriali	
2	INPS – matricola azienda	
	INPS – sede competente	
3	CASSA EDILE – codice impresa	
	CASSA EDILE – codice cassa	

DATA \_\_\_\_\_

**TIMBRO DELLA SOCIETA’  
E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE 4**

4 Allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario