

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 ail.....Cod.Fisc.....
Residente nel Comune di.....Provincia.....
Via/piazza.....
In qualità di
della ditta.....
con sede nel Comune diProvincia.....
via/piazza.....
con codice fiscale numero.....
con partita I.V.A. numero
tel.....cell.....

**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.....

FIRMA

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

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

I	IMPRESA	
1	Codice Fiscale	
	Posta Elettronica Certificata (PEC)	
2	Denominazione/Ragione Sociale	
3	SEDE LEGALE	
	Cap e Provincia	
	Comune	
	Via/Piazza e numero civico	
4	SEDE OPERATIVA	
	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: (specificare) _____ _____
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
II	ENTI PREVIDENZIALI	
1	INAIL – codice ditta	
	INAIL – posizioni assicurative territoriali	
2	INPS – matricola azienda	
	INPS – sede competente	
3	CASSA EDILE – codice impresa	
	CASSA EDILE – codice cassa	