

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.U.R.C.)**

( Art. 46 , comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di titolare/Legale rappresentante della Ditta concorrente (*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. \_\_\_\_\_ ,  
e sede operativa in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ , P.ta IVA \_\_\_\_\_ ,

ai sensi dell'art. 46 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità che:

**il C.C.N.L. applicato \*** \_\_\_\_\_

**La Ditta è iscritta/assicurata ai seguenti enti previdenziali:**

**1) INPS**

Matricola azienda \* \_\_\_\_\_  
sede competente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Posiz. contrib. individuale (titolare/soci imprese artig./agric. indiv. o fam.) \* \_\_\_\_\_  
sede competente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**2) INAIL**

codice ditta \* \_\_\_\_\_  
sede competente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
posizioni assicurative territoriali \* (PAT) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Che esiste la correttezza degli adempimenti periodici relativi al versamento dei contributi dovuti a:**

- 1 **INPS** versamento contributivo regolare alla data \* \_\_\_\_\_
- 1 **INAIL** versamento contributivo regolare alla data \* \_\_\_\_\_

**Che non sono in corso controversie amministrative / giudiziali per l'esistenza di debiti contributivi.**

**Che non esistono in atto inadempienze e rettifiche notificate, non contestate e non pagate.**

**Modello N. 9 AUTOCERTIFICAZIONE di REGOLARITA' CONTRIBUTIVA INPS/INAIL**

ovvero

**Che esistono in atto le seguenti contestazioni:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ovvero

**Che è stata conseguita procedura di sanatoria, positivamente definita con atto adottato da parte dell'Ente interessato, i cui estremi sono:**

Prot. documento n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Riferimento \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

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

- 
- \* campo obbligatorio
  - 1 barrare la voce di interesse
  - 2 campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti

**N.B.**

**1)-** Alla presente dichiarazione, pena la "**non ammissione alla gara**", deve essere allegata copia fotostatica fronte retro (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.

**2)-** la presente dichiarazione deve essere resa da ciascuna concorrente, anche facente parte di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio, anche ex art. 2602 del C.C.):