

Modulo dati per richiesta DURC

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e artt. 30 e 31 L.R. VdA 6 agosto 2007, n. 19)

(Compilare tutti i campi. Se il dato non è presente, contrassegnare con barra)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF _____

in qualità di:

Libero professionista

P.IVA _____, sede legale _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

oppure

Titolare ovvero legale rappresentante della seguente (indicare se si tratta di impresa, studio associato, soc. cooperativa, ente no profit, ecc...): _____

Denominata _____

Partita iva _____ Codice fiscale _____

Sede legale _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e dall'art. 39 della L.R. della Regione Autonoma Valle d'Aosta n. 19/2007,

D I C H I A R A

1. ha personale dipendente

non ha personale dipendente

2. Posizione previdenziale:

a. Posizione assicurativa INPS: non iscritta
 iscritta, sede di _____

b. Posizione assicurativa INAIL: non iscritta
 iscritta

c. Cassa Edile: non iscritta
 iscritta

3. Posizione previdenziale del dichiarante:

Gestione INPS di iscrizione _____ Sede di _____

Altra cassa previdenziale _____ n. matricola _____

4. che nella suddetta Società, oltre agli eventuali lavoratori dipendenti e/o parasubordinati,

SONO

NON SONO

presenti soci che prestano attività lavorativa e, in qualità di lavoratori autonomi, assolvono in proprio all'obbligo contributivo.

In caso di risposta affermativa compilare i campi sottostanti per i soggetti interessati:

1. Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Gestione INPS di iscrizione _____ Sede di _____

Altra cassa previdenziale _____ n. matricola _____

2. Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Gestione INPS di iscrizione _____ Sede di _____

Altra cassa previdenziale _____ n. matricola _____

3. Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Gestione INPS di iscrizione _____ Sede di _____

Altra cassa previdenziale _____ n. matricola _____

Dichiara inoltre di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il trattamento dei dati avviene manualmente e con l'ausilio di mezzi elettronici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I dati vengono conservati presso il Dipartimento Politiche del Lavoro e della Formazione e potranno essere comunicati a soggetti pubblici e organismi interessati nella misura strettamente indispensabile ai fini dei controlli. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il titolare dei dati è la Regione Autonoma Valle d'Aosta, con sede in Piazza Deffeyes, 1 – Aosta.

Data

Firma

La presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla. Non necessita dell'autenticazione della firma se, ai sensi dell'art. 35 della L.R. VdA n. 19/2007 e dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, viene sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità dell'interessato.