



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE DURC PER FORNITURE FINO A
(COMPLESSIVI) 20.000,00**

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE -

D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 46

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. di _____) il _____

residente a _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000),

in qualità di

- · legale rappresentante della società _____
- · titolare della ditta individuale _____

D I C H I A R A

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n.210/02 convertito in legge n.266/02) e comunica i seguenti dati:

I – IMPRESA

Codice Fiscale ¹ _____

P.E.C. (indirizzo di posta elettronica certificata) ¹ _____

Denominazione / ragione sociale ¹ _____

Sede legale ¹ cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Sede operativa ¹ cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____

Indirizzo attività ² cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ n. _____



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Tipo impresa¹ *impresa* *lavoratore autonomo*

C.C.N.L. applicato¹ *Edile Industria* *Edile P.M.I.* *Edile Cooperazione*

Edile Artigiano *Altro non edile (specificare)* _____

II – FORNITURA

Durata del servizio³ *Dal* ____/____/____ *al* ____/____/____

Importo (Iva esclusa) Euro¹ _____

Totale addetti al servizio³ _____

III - ENTI PREVIDENZIALI

INAIL

codice ditta¹

Posizioni assicurative territoriali

INPS

Matricola azienda¹

Sede competente¹

INPS

posiz.contrib.indiv.titolare/soci impr.artigiane¹

Sede competente¹

CASSA EDILE

codice impresa¹

Codice cassa¹

Data

Il/la dichiarante

La dichiarazione non necessita di autenticazione, non deve essere allegata la fotocopia del documento di identità del sottoscrittore il quale non è tenuto ad apporre la propria firma davanti al dipendente addetto. La dichiarazione è esente dall'imposta di bollo (art. 37 D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96 ("PRIVACY") l'acquisizione delle informazioni sopra riportate è, in base alle disposizioni vigenti, presupposto necessario per l'espletamento del procedimento amministrativo per il quale sono esse sono richieste; esse verranno utilizzate solo per tale scopo.

i

¹ Campo obbligatorio

² Campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti

³ Campo obbligatorio solo per appalto di servizi