

## MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLA REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante della  
ditta con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
in conformità alle disposizioni del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, e consapevole delle sanzioni penali  
previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi  
indicate

## DICHIARA

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS  
ed INAIL stabiliti dalle vigenti disposizioni e comunica i seguenti dati:

## Parte I Impresa

- 1) C.F./P.IVA: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
2) Denominazione/Ragione sociale: \_\_\_\_\_  
3) Sede legale: Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
4) Sede operativa: Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
5) Recapito corrispondenza:  sede legale  sede operativa  
6) Tipo impresa \_\_\_\_\_;  
7) Tipo ditta:  
 Datore di Lavoro  
 Gestione Separata Committente/Associante  
 Lavoratore Autonomo  
 Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione  
8) C.C.N.L. Applicato:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Parte II – ENTI PREVIDENZIALI

INAIL – codice ditta \_\_\_\_\_ Posizioni assicurative territoriali \_\_\_\_\_

INPS – matricola azienda \_\_\_\_\_ Sede competente \_\_\_\_\_

CASSA EDILE \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante