

## 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