

**DATI PER LA RICHIESTA D'UFFICIO DEL D.U.R.C.  
(Documento unico di regolarità contributiva)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 4, comma 14-bis, del D.L. n. 70/2011, convertito con Legge n. 106/2011 ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, in qualità di

**Legale rappresentante della società:**

Denominazione \_\_\_\_\_

**Titolare della ditta individuale:**

Denominazione \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_ **P. IVA** \_\_\_\_\_

**Sede legale** cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Sede operativa** cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Indirizzo attività** cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

sotto la propria personale responsabilità che:

**A.**  l'organico dell'ultimo anno della ditta, distinto per qualifica, è il seguente:

**n. qualifica**

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

**la Ditta non ha dipendenti**

**B. la Ditta è iscritta/assicurata presso i seguenti Enti previdenziali ed assistenziali:**

**INPS: matricola azienda** \_\_\_\_\_

**sede competente** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

**INPS: pos. contrib. individuale** (titolare/soci imprese artig./agric. indiv. o fam.) \_\_\_\_\_

**sede competente** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

**INAIL: codice ditta** \_\_\_\_\_

**sede competente** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

**CASSA EDILE: codice ditta** \_\_\_\_\_

**Denominazione Istituto assistenziale** \_\_\_\_\_

**sede competente** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **VIA** \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, che le eventuali variazioni alla situazione sopra riportata saranno tempestivamente comunicate a questa Istituzione Scolastica.

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_  
N.B.: Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore della dichiarazione.