# MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA O ESENZIONE D.U.R.C.

(il modulo va compilato in maniera chiara e leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL’ARTICOLO 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– CAP. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con riferimento al progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – riferimento pratica: Decreto Dirigenziale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– finalità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti degli articoli 38 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti o di falsità in atti, nonché della conseguente decadenza dai benefici economici dovuti nel caso di dichiarazioni false o reticenti o di falsità in atti,

D I C H I A R A

che l’ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beneficiario del finanziamento regionale di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

risulta in regola ai fini del D.U.R.C., in quanto versa regolarmente i contributi previdenziali e assistenziali INPS/INAIL previsti;

risulta in regola, in quanto versa regolarmente i contributi previdenziali e assistenziali per il proprio personale dipendente alla cassa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(da specificare obbligatoriamente nel caso di versamenti, in tutto o in parte, a casse diverse da INPS/INAIL)

non ha aperto nessuna posizione INPS o INAIL o presso altre casse previdenziali e assistenziali, non avendo in carico personale dipendente per il quale è obbligatorio il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali.

D I C H I A R A,

inoltre, di impegnarsi sin d’ora a comunicare eventuali variazioni in ordine a quanto sopra dichiarato.

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

FIRMA

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

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

*(firmare digitalmente oppure sottoscrivere e allegare copia documento identità)*