

Fondo Unico per la concessione di agevolazioni, sovvenzioni, incentivi e contributi di qualsiasi genere alle imprese

**MODULO COMUNICAZIONE DATI PER RICHIESTA DURC**

|  |
| --- |
| Spettabile**FINCALABRA SpA** c/o Cittadella RegionaleViale Europa, Località Germaneto 88100 – CATANZARO |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di legale rappresentante del soggetto beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, partita iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

* che il soggetto beneficiario non ha dipendenti né altro obbligo di iscrizione ad alcuno degli Enti previdenziali (INPS/INAIL/CASSA EDILE) preposti al rilascio del Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC) e/o dell’attestazione di regolarità contributiva;

**Ovvero**

* che, il soggetto beneficiario ha l’obbligo di iscrizione ad uno o più Enti previdenziali (INPS/INAIL/CASSA EDILE) preposti al rilascio del Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC) e/o dell’attestazione di regolarità contributiva e, pertanto, vengono forniti i seguenti dati:

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione /ragione sociale  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Partita Iva |  |
| Codice Fiscale |  |

|  |  |
| --- | --- |
| E – Mail |  |
| E - Mail Certificata |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sede Legale  |  | Prov. |  | CAP |  |
| Sede Operativa  |  | Prov. |  | CAP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CCNL applicato, settore |  |
| Tipologia: **Impresa** oppure **Lavoratore Autonomo** |  |
| Matricola Inps n.  |  | Sede competente |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Codice ditta Inail n. |  | Sede competente |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cassa Edile n. |  | Sede competente |  |

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del Decreto legislativo n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

 Timbro e firma del legale rappresentante

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

**Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento**