



**A.T.C. BR/A**  
Ambito Territoriale di Caccia  
Provincia di Brindisi

Viale della Libertà n. 23 - 72019 - S. Vito dei Normanni (BR)  
Tel. 0831/575022 - 0831/982991 - Fax 0831/575022  
e.mail: [atcbra@libero.it](mailto:atcbra@libero.it) - pec: [atcbra@pec.it](mailto:atcbra@pec.it) - <http://www.atcbra.it>

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

AI FINI DELLA VERIFICA DELLA POSIZIONE INPS E INAIL

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ e residente nel Comune di  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via / P.zza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa

\_\_\_\_\_, **visti gli obblighi previsti dalla vigente normativa circa l'acquisizione, prima dei pagamenti posti in essere dalla Pubblica Amministrazione, del Documento Unico di Regolarità Contributiva DURC, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi**

### DICHIARA

#### Ai fini della verifica della posizione INAIL

- di essere in obbligo assicurativo INAL
- di NON essere in una situazione di obbligo assicurativo INAIL, nonché di NON essere soggetto agli obblighi assicurativi, non ricorrendovi i presupposti, previsti agli artt. 1 e 4 della Legge n. 1124 del 30/6/1965, in quanto (barrare la casella d'interesse):
  - titolare di ditta individuale commercio senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)
  - titolare agricolo che non esercita lavorazioni meccanico-agricole per conto terzi (trebbiatura, mietitrebbiatura ecc.)
  - agente di commercio che svolge attività in forma autonoma e non societaria senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)
  - libero professionista iscritto all'ordine che versa i contributi alla cassa di riferimento senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)
  - studio associato di Professionisti iscritti all'Albo (non soci lavoratori e soggetti alla dipendenza funzionale nei confronti della Società per il raggiungimento dei beni e dei fini societari)

**ALLEGATO 3**

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Ai fini della verifica della posizione INPS**

di essere in obbligo di imposizione INPS

di NON essere in una situazione di obbligo di imposizione **INPS**, in quanto (barrare la casella d'interesse):

lavoratore dipendente con versamento della contribuzione a INPS

versa la contribuzione ad una Cassa Professionale (*barrare anche la relativa scelta dell'ultimo box e compilare i relativi dati*)

altro (specificare) \_\_\_\_\_

di essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS

Sede competente \_\_\_\_\_

Codice iscrizione \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del legale rappresentante*