ALLEGATO 3

A.T.C. BR/A **Regione Puglia**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

AI FINI DELLA VERIFICA DELLA REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

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)
- ☐ 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