

ALLA SEDE INAIL di

OGGETTO: Autocertificazione/Dichiarazione sostitutiva.

Codice Ditta n° _____
P.A.T. n° _____

Il/La sottoscritto/a in qualità di
(titolare/legale rappr./consulente/ecc.)
della ditta

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

quanto indicato ai successivi punti:

- 1) di essere nato/a il a
(località, provincia, Stato)
- 2) di avere la cittadinanza
- 3) di essere residente in Via
- 4) che la ditta suindicata si è costituita in data registrata al n°
- 5) che la ditta suindicata esercita la propria attività lavorativa di
in Via dal
- 6) che la ditta suindicata è / non è (*) iscritta al Registro Ditte dal n°
- 7) che la ditta suindicata è / non è (*) iscritta all'Albo delle Imprese Artigiane dal n°
- 8) che la ditta suindicata è / non è (*) iscritta alla seguente Associazione di Categoria
dal
- 9) che la ditta suindicata è in possesso del codice fiscale n°
- 10) che la ditta suindicata è in possesso della partita IVA n° dal

11) che nella ditta suindicata il/i nominativo/i seguente/i presta/no non presta/no (*) la propria attività lavorativa in qualità di collaboratore familiare/socio dal ...

Nominativo collaboratore familiare/socio	Codice Fiscale

12) che nella ditta suindicata riveste non riveste (*) la qualifica di titolare/legale rappresentante dal.....

13) che la ditta suindicata ha assolto agli obblighi contributivi relativi a:

.....
(rata, regolazione., integrazione rata, omissioni, sanzioni, interessi)

per l'anno per un importo di € in data

a mezzo estremi del versamento
(bollettino c/c, F23, F24, banca, posta)

14) in qualità di erede del Sig. titolare della Ditta
di

15) di essere in possesso del titolo di abilitazione rilasciato il N°
per svolgere la propria attività professionale e di essere delegato dalla ditta suindicata a rappresentarlo presso codesto ufficio.

16) di essere provvisto della delega scritta del datore di lavoro al trattamento di tutti i dati nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (L. 675/1996), impegnandosi altresì ad esibirla su richiesta dell'Istituto.

Data,

.....
(firma del dichiarante)

(*) barrare la casella interessata

RISERVATO INAIL	
Documento di riconoscimento	
N° Rilasciato il	
da	
Ricevo la presente dichiarazione, compilata nei seguenti punti:	
....., firmata in mia	
presenza.	
IL FUNZIONARIO ADDETTO (nome, cognome e qualifica)	