

nato/a a _____ il _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

nazionalità _____

residente a _____

in via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ tel. cell. _____

e.mail _____ PEC _____

☐ in qualità di Legale Rappresentante/Presidente di:

denominazione o ragione sociale

C.F. o partita IVA. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

con sede nel Comune di

in via _____ n. _____ CAP _____

tel.	tel. cell.
------	------------

e.mail	PEC	(obbligatorio)
--------	-----	----------------

consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non veritiere (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

☐ La propria regolarità nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, nonché in tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente nei confronti dell'I.N.P.S. e dell'I.N.A.I.L.

☐ che l'Organismo non è soggetto a D.U.R.C. e non occupa lavoratori, né subordinati né collaboratori coordinati e continuativi e di non presentare alcun soggetto svolgente attività lavorativa con obbligo di iscrizione ad apposita gestione previdenziale e contributiva.

- di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, "Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione in misura proporzionale al rischio e all'entità del beneficio, e nei casi di ragionevole dubbio, sulla veridicità delle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47, anche successivamente all'erogazione dei benefici,

comunque denominati, per i quali sono rese le dichiarazioni.”;

- di essere informato, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Pescara, lì

Firma

.....