



## DICHIARAZIONE AI FINI DELL'EVENTUALE RICHIESTA DEL DURC

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_  
 in qualità di Legale Rappresentante dell'Associazione/Società/altro \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
 Sede legale Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_

Con dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 di detto D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci e ai sensi dell'art. 4, comma 14 bis del Decreto Legge n.70 del 13/05/2011, convertito in legge dall'art.1 della L. n. 106 del 12/07/2011

## ATTESTA CHE

- La stessa occupa lavoratori con obbligo di iscrizione ad apposita gestione previdenziale e contributiva;
- la stessa allo stato attuale 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 e dichiara di aver avuto dipendente/i negli anni

\_\_\_\_\_ e di aver quindi a suo tempo debitamente aperto le posizioni INPS n. \_\_\_\_\_  
 e INAIL n. \_\_\_\_\_

A seguito della conclusione del rapporto con i/i suddetto/i dipendente/i la posizione INPS è stata conseguentemente sospesa o chiusa in data \_\_\_\_\_ e la posizione INAIL è stata sospesa o chiusa in data \_\_\_\_\_

Che l'Associazione/Società/altro si configura come:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| ➤ Datore di lavoro (fino al _____ indicare anno)                                   | SI | NO |
| ➤ Lavoratori Autonomi  | SI | NO |
| ➤ Gestione separata (Committenti/Associati)  | SI | NO |
| ➤ Gestione separata (Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione) | SI | NO |
| ➤ Gestione Ex Enpals (Attività prevalente Sport e Spettacolo)                      | SI | NO |

lavoratori per l'esecuzione del servizio \_\_\_\_\_ di cui dipendenti \_\_\_\_\_ (barrare la risposta) Totale

C.C.N.L. applicato \_\_\_\_\_

Dimensione aziendale (n. dipendenti totale) \_\_\_\_\_

Di aver a suo tempo debitamente aperto le posizioni Matricola Azienda INPS \_\_\_\_\_

Sede INPS di competenza \_\_\_\_\_ Matricola iscrizione INAIL \_\_\_\_\_

Sede INAIL di competenza \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che la stessa risulta in regola con gli adempimenti previdenziali, assistenziali e contributivi e di aver assolto tutti gli obblighi previsti dalla normativa vigente nei confronti dell'INPS e INAIL.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_