

AVVISO PUBBLICO

AFFIDAMENTO IN GESTIONE, PER FASCE ORARIE, DEI CENTRI SPORTIVI
DEL MUNICIPIO X, DA ATTIVARE PRESSO LE PALESTRE SCOLASTICHE
- AA.SS. 2019-2020 / 2020-2021/ 2021-2022 / 2022-2023

A ROMA CAPITALE
MUNICIPIO ROMA X
DIREZIONE SOCIO EDUCATIVA
SEDE

(da compilare IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto

Nome e Cognome	
C.F.	
in qualità di legale rappresentante della	
P.IVA / C.F.	
con sede legale in (indirizzo)	

con specifico riferimento all'Avviso Pubblico in oggetto

DICHIARA

POSIZIONE I.N.P.S.

- IMPRESE CON LAVORATORI DIPENDENTI**
Matricola Sede Lav. Dip. N° (media degli ultimi sei mesi)
Dichiara di essere in regola, ancorché autorizzato alla dilazione, con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il/...../.....
- IMPRESE INDIVIDUALI**
P.I. Coll. Fam.
Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il/...../.....
- IMPRESE ARTIGIANE IN FORMA SOCIETARIA**
P.A. P.A.
Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il/...../.....

POSIZIONE I.N.A.I.L.

Cod. Cliente PAT

Den. retribuiz. Anno prec. (mod.10 SM) € Retrib. Presunte anno in corso €

Pagamento rateale: SI NO Mod. F24: importo a debito versato il/...../..... per la posizione di cui sopra.

DICHIARA

altresì che nell'ultimo biennio non è stato oggetto di verbali di accertamento da parte delle Autorità preposte (INAIL - INPS - DPL - ASL - G.d.F.) e che non ha in corso verifiche da parte delle Autorità prima descritte. **(N.B.** In caso affermativo specificare l'esito o l'Autorità che ha in corso accertamenti).

NEL CASO DI MANCATO POSSESSO DELLE POSIZIONI INPS, INAIL, il sottoscritto **DICHIARA** quanto segue:

i soci sono lavoratori volontari SI NO i soci percepiscono retribuzione SI NO

l'attività è svolta da

(se professionista indicare a quale albo risulta iscritto)

Si allega:

- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Roma, li

Timbro e firma del legale rappresentante