



Dipartimento Sviluppo Economico e Attività  
Produttive Direzione Mercati all'ingrosso  
Mercato dei Fiori

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(art. 46D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
iscritto all'INPS sede di \_\_\_\_\_  
iscritto all'INAIL sede di \_\_\_\_\_  
in qualità di (specificare se titolare o rappresentante legale) \_\_\_\_\_  
della Ditta/Soc. \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00, n. 445;

**DICHIARA**

che la suindicata Ditta/Società ha regolarmente assunto i seguenti dipendenti, come previsto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

- Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
N. Matricola INPS \_\_\_\_\_ n. Matricola INAIL \_\_\_\_\_
- Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
N. Matricola INPS \_\_\_\_\_ n. Matricola INAIL \_\_\_\_\_



- Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
N. Matricola INPS \_\_\_\_\_ n. Matricola INAIL \_\_\_\_\_
- Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
N. Matricola INPS \_\_\_\_\_ n. Matricola INAIL \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto dichiara inoltre di essere informato ai sensi del Regolamento 679/2016/UE (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati – GDPR) che i dati personali raccolti saranno trattati dalla Direzione del Mercato, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_  
*(firma leggibile per esteso)*