

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto..... C.F. .... In qualità di legale  
rappresentante dell'impresa/associazione ..... con  
sede legale in ..... C.a.p. .... comune .....  
C.F. .... Telefono .....

**DICHIARA**

- descrizione dell'attività lavorativa: .....

.....  
.....

- Impianti e/o attrezzature utilizzate utilizzabili: .....

.....

- Prodotti finiti e/o servizi realizzati: .....

.....  
.....

- Ciclo lavorativo: .....

.....  
.....

Inoltre dichiara:

- Di avere dipendenti lavoratori SI  NO

- I soci partecipano all'attività SI  NO

- Di avere personale volontario SI  NO

- Altre tipologie di rapporto di lavoro SI  NO

Se **SI** indicare la tipologia .....

Indicare la Posizione INPS:

Matricola ..... Sede .....

Dichiara, altresì, che nell'ultimo biennio non è stata oggetto di verbali di accertamento da parte delle  
Autorità preposte (INAIL – INPS – ASL – DPL – GdF) e che non ha in corso verifiche da parte di dette  
Autorità. In caso affermativo indicare l'esito o l'Autorità che ha in corso l'accertamento.

.....

..... lì .....

Timbro e firma del dichiarante