

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