

## AVVISO PUBBLICO

"AFFIDAMENTO IN GESTIONE PER FASCE ORARIE DEI CENTRI SPORTIVI DEL  
MUNICIPIO ROMA XV QUADRIENNIO SCOLASTICO 2019-2023"

AL MUNICIPIO ROMA XV  
DIREZIONE SOCIO EDUCATIVA  
SEDE

(da compilare IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto

Nome e Cognome
C.F.
in qualità di 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 6 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. retribuz. 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, lì

Timbro e firma del legale rappresentante