

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