

# Allegato C

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante  
dell'Impresa/Associazione/altro \_\_\_\_\_  
con sede legale \_\_\_\_\_  
c.a.p. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni; consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione questa impresa decadrà dai benefici per i quali la presente dichiarazione è rilasciata,

### dichiara quanto segue:

#### **POSIZIONE I.N.P.S.**

##### • Imprese con lavoratori dipendenti

Matricola \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Lav. Dip. N° \_\_\_\_\_ (media degli ultimi sei 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 di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_.

#### **POSIZIONE ALTRA CASSA PREVIDENZIALE:**

Cassa di appartenenza: \_\_\_\_\_

Cod. Identificativo Cliente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, che nell'ultimo biennio non è stata 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(1).

(1) In caso affermativo specificare l'esito o l'Autorità che ha in corso accertamenti

**RICHIESTA DI CODIFICAZIONE DI CREDITORE/DEBITORE DI ROMA CAPITALE  
E MODALITÀ DI RISCOSSIONE (scrivere a macchina o a stampatello)**

**1. Impresa, Ragione o denominazione Sociale o Persona .....**

**2. Indirizzo, Via: ..... n. .... Città ..... CAP.....**

**In caso di persona fisica nato il ...../...../..... a ..... Provincia .....**

**Domicilio corrispondenza Via ..... n. .... Città ..... CAP.....**

Codice Fiscale Impresa o Persona												dipendenti		n.	
Partita IVA Impresa o persona															
Matricola INPS						Sede									
Codice INAIL						Sede									
PAT INAIL						Contratto Collettivo Nazionale Lavoro applicato:									
e-mail								@							
e-mail PEC								@							
Fax								Telef							
Cell.						Iscrizione c/o Tribunale di						n.			
Iscrizione attiva c/o C.C.I.A.A. di						n.									

**Categoria anagrafica (barrare la casella corrispondente, descrivere l'attività svolta e i codici delle tabelle)**

- Organismi di carattere pubblico -  Organismi a carattere economico -  Organismi a carattere di istruzione
- Organismi a carattere ambientale/turistico -  Organismi a carattere socio-culturale
- Organismi a carattere forniture/manutenzione

**3. Modalità di riscossione richiesta:**

=  **Accredito in c/c bancario dedicato con spese a carico del beneficiario**

BANCA		Agenzia		Via		Città		CAP	
IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto corrente bancario n.					
Conto corrente bancario intestato a:									
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. Mm. II.									

=  **Accredito in c/c postale dedicato con spese a carico del beneficiario**

BANCA		Agenzia		Via		Città		CAP	
IBAN	CIN	ABI	CAB	Conto corrente bancario n.					
Conto corrente bancario intestato a:									
e dedicato ai sensi dell'art. 3 Legge 136/2010 e ss. Mm. II.									

**4. Quanto sopra si dichiara conforme alla volontà del sottoscritto sino a nuova dichiarazione**

Data \_\_\_\_\_

(firma)

**==> Alla Ragioneria Generale**

Visto, si trasmette per l'attribuzione del numero di codice o per l'inserimento nell'elenco dei creditori/debitori di Roma Capitale

IL DIRETTORE

SPAZIO RISERVATO ALLA RAGIONERIA

COD.CRED./DEB.	PROT.
----------------	-------

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 comma 1 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive modificazioni, al fine di assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari, il sottoscritto .....  
 ....., in qualità di Rappresentante Legale della  
 ditta..... comunica gli estremi identificativi  
 dei sottoindicati conti correnti bancari o postali:

BANCA O POSTE ITALIANE	AGENZIA N. O UFFICIO POSTALE N.	VIA	CITTÀ	CAP
IBAN				
INTESTATO A:				

ed indica i servizi/forniture ai quali sono dedicati.....  
 .....  
 .....  
 .....

Si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

Comunica le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare sugli stessi:  
 .....  
 .....  
 .....

Si impegna a comunicare a codesta stazione appaltante ogni modifica relativa ai dati trasmessi.

Data.....

Firma e Timbro dell'ente .....