

**Appalto per l'affidamento delle attività gestionali relative al Progetto HOME CARE PREMIUM 2012 INPS –
ex Gestione INPDAP - da realizzare nell'Ambito Territoriale C5
CIG: 4744624B93**

Dichiarazione sostitutiva

Il sottoscritto (cognome, nome e data di nascita) in qualità di
..... (rappresentante legale, procuratore, etc.) dell'impresa con
sede in C.F. P.ta I.V.A.

In caso di associazione temporanea di imprese o consorzi non ancora costituiti aggiungere:

quale mandataria della costituenda ATI/Consorzio

il sottoscritto (cognome, nome e data di nascita) in qualità di
..... (rappresentante legale, procuratore, etc.) dell'impresa con
sede in C.F. P.ta I.V.A.

quale mandante della costituenda ATI/Consorzio

il sottoscritto (cognome, nome e data di nascita) in qualità di
..... (rappresentante legale, procuratore, mandante, etc.) dell'impresa
..... con sede in C.F. P.ta I.V.A.

Ai sensi e per gli effetti D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. (oppure, per i concorrenti non residenti in Italia, dichiarazione idonea equivalente, secondo la legislazione dello stato di appartenenza), al fine di consentire in caso di aggiudicazione l'acquisizione del D.U.R.C. da parte della Stazione Appaltante:

DICHIARA

- a) Denominazione/ragione sociale della ditta: _____;
- b) Indirizzo completo della sede operativa: _____;
- c) CCNL applicato: _____;
- d) Numero di addetti al servizio: _____;
- e) Matricola INPS numero: _____;
- f) INPS sede di competenza: _____;
- g) Matricola INAIL numero: _____;
- h) INAIL sede di competenza: _____;
- i) INAIL numero posizioni attive (PAT): _____;

Luogo e data _____

Firma leggibile

Avvertenza : allegare fotocopia del documento di identità , in corso di validità di ciascuno dei soggetti dichiaranti (art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n° 445). In tal caso le firme non dovranno essere autenticate.