

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE D.U.R.C.
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445 ART. 46

ALLA PREFETTURA DI
Servizio II – Amministrazione, servizi generali e
Attività contrattuali

CASERTA

OGGETTO: Bando di gara, ai sensi degli artt. 20 e 27 del Decreto legislativo 12 aprile 2006 n.163 e del Regolamento di attuazione n.207/2010 e successive modifiche e integrazioni, per la fornitura di vitto (rispettoso dei principi ed abitudini alimentari) e alloggio, gestione amministrativa degli ospiti, assistenza generica alla persona compresa la mediazione linguistica, l'informazione, il primo orientamento e l'assistenza alla formalizzazione della richiesta di protezione internazionale, il servizio di trasporto per provvedere alle necessità di spostamento degli ospiti, il servizio di pulizia, la fornitura di biancheria e abbigliamento adeguato alla stagione, prodotti per l'igiene, pocket money di € 2,5 al giorno, tessera/ricarica telefonica di € 15 all'ingresso ai cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale.

CIG: 5871229371 – Numero gara 5700532

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (prov. di _____) il _____

Residente a _____ Via _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000 e art. 476 segg. Codice Penale) **in qualità di:**

- legale rappresentante della Società _____
- titolare della ditta individuale _____

D I C H I A R A

che la ditta è in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n. 210/02 convertito in Legge n. 266/02 e s.m.i.) e comunica di seguiti i relativi dati:

A. IMPRESA

1. Codice Fiscale * _____ e-mail _____

2. denominazione/ragione sociale * _____

3. Sede legale * Cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ N. _____

4. Sede Operativa* Cap. _____ Comune _____

5. Indirizzo attività (1) Cap. _____ Comune _____

Via/Piazza _____ N. _____

6. Recapito corrispondenza * __ sede legale __ sede operativa

7. Tipo di impresa* _____; lavoratore autonomo _____

8. C.C.N.L. applicato:* _____ edile industria _____ Edile P.M.I. _____ Edile Cooperazione

_____ edile artigiano _____ Altro non edile (specificare)

B. – ENTI PREVIDENZIALI

1. INAIL – Codice Ditta* _____ Posizioni assicurative territoriali _____

2. INPS – matricola azienda* _____ sede competente* _____

3. INPS – posiz.contrib.indiv.titolare/soci impr.artigiane* _____ sede comp. _____

(*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti

(2) campo obbligatorio solo per appalto di servizi

Allega fotocopia del proprio, valido documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____.

Luogo e data

Timbro della ditta

firma del dichiarante
