

Al Comune di Conselice
Via Garibaldi, 14
48017 Conselice (Ra)

FAX 0545 986961

oppure

PEC pg.comune.conselice.ra.it@legalmail.it

IL SOTTOSCRITTO

Cognome LINI Nome PAOLO
nato a Prov. RA il
residente a Prov. RA C.A.P.
Via n. Cod. Fiscale
Tel. FAX E-mail

Al fine di ricevere incarico professionale: (specificare il tipo di incarico)

PROGETTO e D.L. DELLE STRUTTURE PER INTERVENTI DI
MIGLIORAMENTO SISMICO NEL PALAZZETTO DELLO SPORT DI CONSELICE

Consapevole delle **sanzioni penali**, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti non più rispondenti a verità, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000

dichiara

- che non sussistono cause di incompatibilità per lo svolgimento dell'incarico in oggetto
 - che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con codesta Amministrazione;
 - ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art.15 d. lgs. 33/2013, i seguenti dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione (**nel senso specificato in nota**)
-
-
-
-

NOTA: ai sensi del d. lgs. 39 /2013 per «enti di diritto privato regolati o finanziati» s'intendono le società e gli altri enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, nei confronti dei quali l'amministrazione che conferisce l'incarico:
1) svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione;
2) abbia una partecipazione minoritaria nel capitale;
3) finanzi le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici;
- per «incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati», le cariche di presidente con deleghe gestionali dirette, amministratore delegato, le posizioni di dirigente, lo svolgimento stabile di attività di consulenza a favore dell'ente

dichiara inoltre

– ai fini dell'applicazione della normativa in materia di DURC (Documento Unico di Regolarità contributiva):

di **NON avere** dipendenti;

di **avere** dipendenti e di avere la seguente posizione relativa agli enti previdenziali e assicurativi:
(compilare la tabella solo nell'ipotesi di presenza di dipendenti dell'incaricato)

| | | |
|--|---|------------------|
| Denominazione Impresa | | |
| Codice Fiscale | | |
| Partita IVA | | |
| Iscrizione al registro imprese CCIAA | <i>(n., luogo, data, attività)</i> | |
| Codice Attività | Volume d'affari | Capitale sociale |
| Tel. | Fax | E-mail |
| Sede legale | Cap Comune Provincia | |
| | Via/Piazza N. | |
| Sede operativa | Cap Comune Provincia | |
| | Via/Piazza N. | |
| Recapito corrispondenza <i>(scegliere una delle due opzioni indicate a lato)</i> | <input type="checkbox"/> sede legale oppure <input type="checkbox"/> sede operativa | |
| Tipo impresa <i>(scegliere una delle due opzioni indicate a lato)</i> | <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata – Committente associante <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Gestione separata – Titolare di reddito di lavoratore autonomo di arte e professione | |
| C.C.N.L. applicato <i>(scegliere fra le opzioni indicate a lato)</i> | <input type="checkbox"/> Edile Industria <input type="checkbox"/> Edile Piccola e Media Impresa <input type="checkbox"/> Edile Cooperazione <input type="checkbox"/> Edile Artigiano <input type="checkbox"/> altro non edile (vedi elenco allegato) | |
| Incidenza manodopera nell'incarico in oggetto |% | |
| Totale lavoratori per l'esecuzione dell'incarico | n. | |
| INAIL – codice ditta | INAIL – Posizioni assicurative territoriali | |
| INPS – matricola azienda | INPS – sede competente | |
| INPS – posizione contributiva individuale titolare/soci imprese artigiane <i>(solo se ricorre il caso)</i> | INPS – sede competente <i>(solo se ricorre il caso)</i> | |
| Dimensione aziendale <i>(scegliere una fra le opzioni indicate a lato)</i> | <input type="checkbox"/> da 0 a 5 <input type="checkbox"/> da 6 a 15 <input type="checkbox"/> da 16 a 50 <input type="checkbox"/> da 51 a 100 <input type="checkbox"/> oltre | |
| Agenzia delle Entrate territorialmente competente (domicilio fiscale) | <i>(Luogo, Via, Tel, Fax)</i> | |

- Che esiste la correttezza degli adempimenti periodici relativi al versamento dei contributi dovuti a:

INPS versamento contributivo regolato alla data * _____

INAIL versamento contributivo regolato alla data * _____

- Che non sono in corso controversie amministrative/giudiziali per l'esistenza di debiti contributivi

- Che non esistono in atto inadempienze e rettifiche notificate, non contestate e non pagate

dichiara infine

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rispetto quanto dichiarato sopra.

data 03/12/2015

In fede
Firma Paolo Anni