

Al Comune di Cotignola
Piazza Vittorio Emanuele II, 31
48033 Cotignola (Ra)

FAX 0545 41282

oppure

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

IL SOTTOSCRITTO

Cognome CASALI Nome OMERO
nato a BRIGHELLA Prov. RA il 19/07/1954
residente a FAENZA Prov. RA C.A.P. 48018
Via SEVEROLI n. 33 Cod. Fiscale CSLMR05GL19B188C
Tel. 0546-796601 FAX 05463998049 E-mail om.casali@gmail.com

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

Funzioni di coordinatore in fase di progettazione ed esecuzione consolidamento soleio scuola "Luigi Lovoli"

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**)

NESSUNA

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			(n., luogo, data, attività)	
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 (scegliere una delle due opzioni indicate a lato)	<input checked="" type="checkbox"/> sede legale oppure <input type="checkbox"/> sede operativa			
Tipo impresa (scegliere una delle due opzioni indicate a lato)	<input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Gestione separata – Committente associante <input checked="" type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input checked="" type="checkbox"/> Gestione separata – Titolare di reddito di lavoratore autonomo di arte e professione			
C.C.N.L. applicato (scegliere fra le opzioni indicate a lato)	<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 (solo se ricorre il caso)	INPS – sede competente (solo se ricorre il caso)			
Dimensione aziendale (scegliere una fra le opzioni indicate a lato)	<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)	(Luogo, Via, Tel, Fax) FDSUA (RA) via delle Ceramiche 51			

- 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 27/03/17

Firma _____

In fede

