

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 BRISIGHELLA Prov. RA il 19-07-1954  
residente a FAENZA Prov. RA C.A.P. 48018  
Via SEVEROLI n. 33 Cod. Fiscale CSLMR054L19B198C  
Tel. <sup>0546</sup> 25219 FAX <sup>0546</sup> 3998049 E-mail om.casali@gmail.com

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

Funzioni di CSPeCSE per rifacimento ponte di  
via Celletta, sullo scalo Rio di Barbano, Cotignola

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) finanzia 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 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 type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input 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)				

- Che esiste la correttezza degli adempimenti periodici relativi al versamento dei contributi dovuti a:
  - INPS versamento contributivo regolato alla data \* adorno
  - INAIL versamento contributivo regolato alla data \* adorno

- 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

07/08/2020

In fede

Firma

