

IL SOTTOSCRITTO

Cognome **FABBRI** _____ Nome **FABIO** _____

nato a **FAENZA** _____ Prov. **RA** il **09/06/1969** _____

residente a **RAVENNA** _____ Prov. **RA** C.A.P. **48123** _____

Via **NAVIGLIO** _____ n. **53** Cod. Fiscale **FBBFBA69H09D458N**

Tel. **0545/82383** _____ FAX **0545/82383** _____ E-mail **ing.fabbri.fabio@gmail.com**

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

Presentazione di SCIA AL COMANDO VVFF – Adeguamento alla normativa antincendio della Centrale termica del Museo S.Rocco di Fusignano.

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 allo svolgimento di attività professionali;

-

-

-

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

a) 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 14/03/2018

