

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(ex art.47 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

Codice Fiscale o partita IVA: _____

In qualità di persona fisica/legale rappresentante della società _____

(regione sociale)

Codice Fiscale o partite IVA _____

Sede Legale: Via/Piazza _____, n. _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Consapevole di quanto prescritto dall'art.73 e 76 del DPR 445/2000, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.47 del citato DPR 445/2000:

- Di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- Che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti su di me ovvero sulla società/ente di cui sono il legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL

Data, _____

Firma del Proponente
