

[da riportare sulla vostra carta intestata]

A CNPR

Oggetto: Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborsio spese Mediche a fa-vore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo

CIG: B151F0BA17

DATI DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA "DURC".

Il/La sottoscritto/a codice fiscale nato/a a il e residente a (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA di intervenire in qualità di:

(selezionare tutte le dichiarazioni pertinenti)

- Titolare/Legale rappresentante dell'impresa..... *(indicare la denominazione / ragione sociale dell'impresa)*
- Libero professionista iscritto all'Albo di*(specificare l'Albo di appartenenza)*

Cod. Fisc.P.IVA *(dell'impresa/del libero professionista)*

Recapito telefonico.....E-mail.....

PEC:.....

Esercente l'attività di.....*(specificare l'attività dell'impresa/libero professionista)*

Sede legale nel Comune di Indirizzo

Sede operativa nel Comune di Indirizzo

Tipo Ditta¹:..... Numero dipendenti

Contratto collettivo nazionale di lavoro applicato:

Ai fini della verifica della posizione INAIL DICHIARA:

- di essere in obbligo assicurativo INAL
- di NON essere in una situazione di obbligo assicurativo INAIL, nonché di NON essere soggetto agli obblighi assicurativi, non ricorrendovi i presupposti, previsti agli artt. 1 e 4 della Legge n. 1124 del 30/6/1965, in quanto (barrare la casella d'interesse):
 - titolare di ditta individuale commercio senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)
 - titolare agricolo che non esercita lavorazioni meccanico-agricole per conto terzi (trebbiatura, mietitrebbiatura ecc.)
 - agente di commercio che svolge attività in forma autonoma e non societaria senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)
 - libero professionista iscritto all'ordine che versa i contributi alla cassa di riferimento senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)
 - studio associato di Professionisti iscritti all'Albo (non soci lavoratori e soggetti alla dipendenza funzionale nei confronti della Società per il raggiungimento dei beni e dei fini societari)
 - altro (specificare).....

Ai fini della verifica della posizione INPS DICHIARA:

- di essere in obbligo di imposizione INPS
- di NON essere in una situazione di obbligo di imposizione **INPS**, in quanto (barrare la casella d'interesse):
 - lavoratore dipendente con versamento della contribuzione a INPS/INPDAP/ENPALS (*barrare gli enti non interessati*)

¹ Indicare la voce che interessa: **Datore di lavoro; Gestione Separata-Committente/Associante; Lavoratore Autonomo; Gestione separata-Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione**

versa la contribuzione ad una Cassa Professionale (*barrare anche la relativa scelta dell'ultimo box e compilare i relativi dati*)

altro (specificare).....

di essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS

Sede competente

Codice iscrizione

Ai fini della verifica della posizione presso la Cassa Professionale/altro Ente Previdenziale di appartenenza DICHIARA:

di essere regolarmente iscritto:

alla Cassa Professionale di(*specificare*)

Sede competente(*specificare*)

n. iscrizione (*specificare*)

altro Ente Previdenziale (*specificare*)

Sede competente (*specificare*)

n. iscrizione (*specificare*)

e di risultare in regola con i versamenti contributivi

di NON avere obbligo di iscrizione ad una Cassa Professionale/altro Ente Previdenziale

ENTI PREVIDENZIALI

Inail: Codice ditta Posizioni assicurative territoriali

Inps: Matricola azienda Sede competente

Cassa edile: Codice impresa Codice cassa

(Luogo e data)

Firma elettronica o digitale del legale rappresentante