

[da riportare sulla vostra carta intestata]

A CNPR

Oggetto: Procedura aperta, per la sottoscrizione di un accordo quadro con individuazione di un unico soggetto, per l'affidamento del "servizio di somministrazione lavoro temporaneo" da impiegare per le necessità di carattere temporaneo dall'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, ai sensi degli articoli 59 e 60 del D. Lgs. n. 18 aprile 2016 n.50.

Codice CIG: 9887276644

**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 Ditta<sup>1</sup>:..... 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*)
  - versa la contribuzione ad una Cassa Professionale (*barrare anche la relativa scelta dell'ultimo box e compilare i relativi dati*)

<sup>1</sup> 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**

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