

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 21 e 47 D.P.R. 445 del 28 DICEMBRE 2000)

DITTA /PROFESSIONISTA _____

C.F. _____ P.IVA _____

con sede legale in _____ Via/P.zza _____

n. _____ tel. _____ fax _____

sede operativa in _____ Via /P.zza _____

n. _____ tel. _____ fax _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara le seguenti posizioni:

sede **INPS** competente – agenzia di _____ Prov. _____ zona _____
via _____ tel. _____ fax _____ n. matricola _____;

sede **INAIL** competente – agenzia di _____ Prov. _____ zona _____
via _____ tel. _____ fax _____ codice cliente _____;

numero PAT _____ descrizione attività _____

tipo di contratto applicato _____

n. addetti impiegati _____

cassa _____

firma

Si allega fotocopia carta d'identità del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L. 196/2003, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.