

AVVISO PUBBLICO

AFFIDAMENTO IN GESTIONE, PER FASCE ORARIE, DEI CENTRI SPORTIVI
DEL MUNICIPIO X, DA ATTIVARE PRESSO LE PALESTRE SCOLASTICHE DELL'I.C. VIA GIULIANO DA
SANGALLO

- AA.SS. 2019-2020 / 2020-2021/ 2021-2022 / 2022-2023

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. VIA GIULIANO DA SANGALLO
SEDE

(da compilare IN STAMPATELLO)

Il sottoscritto

Nome e Cognome	_____
C.F.	_____
in qualità di legale rappresentante della	_____
P.IVA / C.F.	_____
con sede legale in (indirizzo)	_____

con specifico riferimento all'Avviso Pubblico in oggetto

DICHIARA

<p><u>POSIZIONE I.N.P.S.</u></p> <ul style="list-style-type: none">IMPRESE CON LAVORATORI DIPENDENTI Matricola Sede Lav. Dip. N° (media degli ultimi sei mesi) Dichiara di essere in regola, ancorché autorizzato alla dilazione, con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il/...../.....IMPRESE INDIVIDUALI P.I. Coll. Fam. Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il/...../.....IMPRESE ARTIGIANE IN FORMA SOCIETARIA P.A. P.A. Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il/...../.....

<p><u>POSIZIONE I.N.A.I.L.</u></p> <p>Cod. Cliente PAT</p> <p>Den. retribuiz. Anno prec. (mod.10 SM) € Retrib. Presunte anno in corso €</p> <p>Pagamento rateale: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mod. F24: importo a debito versato il/...../..... per la posizione di cui sopra.</p>

DICHIARA

altresì che nell'ultimo biennio non è stato oggetto di verbali di accertamento da parte delle Autorità preposte (INAIL - INPS - DPL - ASL - G.d.F.) e che non ha in corso verifiche da parte delle Autorità prima descritte. **(N.B. In caso affermativo specificare l'esito o l'Autorità che ha in corso accertamenti).**

<p><u>NEL CASO DI MANCATO POSSESSO DELLE POSIZIONI INPS, INAIL,</u> il sottoscritto DICHIARA quanto segue:</p> <p>i soci sono lavoratori volontari SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> i soci percepiscono retribuzione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>l'attività è svolta da</p> <p>(se professionista indicare a quale albo risulta iscritto)</p>

Si allega:

- Copia del documento d'identità del legale

rappresentante Roma, li

Timbro e firma del legale rappresentante