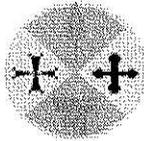


**UNIONE EUROPEA**  
Fondi Europei per lo  
Sviluppo Regionale 2007/2013



*Repubblica Italiana*



**REGIONE CALABRIA**



**Città di  
Reggio Calabria**



**Università degli Studi di Messina  
Dipartimento di Civiltà Antiche e  
Moderne**

**PISU di Reggio Calabria – POR FESR Calabria 2007/2013 – Asse VIII – Linee di intervento 8.1.1.3**

*Progetto finalizzato dall'intervento*

*"Creazione del Distretto culturale e relativa programmazione ed organizzazione di eventi di rilevanza nazionale ed internazionale"*

**MODULO E**

**MODELLO DURC -DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**-D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 46-**

\*\*\*\*\*

**Oggetto: Cottimo fiduciario per l'affidamento del servizio di allestimento degli ambienti espositivi della mostra "La Zecca di Reggio attraverso i secoli: iconografia, cultura, economia e politica dall'epoca classica all'età moderna" che si terrà presso i locali del foyer del teatro Comunale Cilea di Reggio Calabria- PISU di Reggio Calabria – POR FESR Calabria 2007/2013 – Asse VIII – Linee di intervento 8.1.1.3 CUP H33D12000610006**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000 e artt. 476 segg. Codice Penale) in qualità di

- legale rappresentante della società \_\_\_\_\_
- titolare della ditta individuale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n.210/02 convertito in legge n.266/02) e comunica i seguenti dati:

**I – IMPRESA**

1 Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

2 Denominazione / ragione sociale \* \_\_\_\_\_

3 Sede legale \* cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

4 Sede operativa\* cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

6 Recapito corrispondenza \* \_\_ sede legale \_\_ sede operativa

7 Tipo impresa \* \_\_ impresa \_\_ lavoratore autonomo

8 C.C.N.L. applicato \* \_\_

Durata del servizio (2) dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

9 Importo appalto (Iva esclusa) Euro\* \_\_\_\_\_ Totale addetti al servizio (2) \_\_\_\_\_

**II -ENTI PREVIDENZIALI**

1 INAIL -codice ditta\* \_\_\_\_\_ Posizioni assicurative territoriali \_\_\_\_\_

2 INPS -matricola azienda \* \_\_\_\_\_ sede competente \* \_\_\_\_\_

3 INPS – posiz.contrib.indiv.titolare/soci impr.artigiane \* \_\_\_\_\_ sede comp. \* \_\_\_\_\_

(\*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti

(2) campo obbligatorio solo per appalto di servizi

Luogo e data

firma del dichiarante

.....

.....

N.B. Allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore delle dichiarazioni