**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ PER SOGGETTI CHE NON HANNO POSIZIONE INPS/INAIL**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

AI FINI DELLA VERIFICA DELLA REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome:       | Nome:       |
| Cod. fiscale:       | Nato a:       |
| Prov. Nascita:       | il:       |
| Provincia residenza:       | Comune residenza:       |
| Residente in via/piazza:       |

Titolare/Legale rappresentante dell’impresa

|  |
| --- |
| Denominazione:       |
| Dati impresa: | Cod.fiscale:       | P.iva[[1]](#footnote-1):       |
| E-mail[[2]](#footnote-2):       | PEC:       |
| Telefono referente:       |
| Sede (indirizzo completo):       |

**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, a tal fine**

**DICHIARA**

di essere ai fini del non obbligo assicurativo **INAIL** (barrare la casella d’interesse):

[ ]  titolare impresa 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)

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.

**DICHIARA**

ai fini del non obbligo di imposizione **INPS** (barrare la casella d’interesse):

[ ]  di essere titolare di impresa senza lavoratori dipendenti;

[ ]  di essere lavoratore dipendente con versamento della contribuzione a INPS/INPDAP/ENPALS (barrare gli enti non interessati)

[ ]  di versare la contribuzione alla seguente cassa Professionale

[ ]  altro (specificare)

***Firma digitale***

del Legale Rappresentante dell’impresa

1. Se diversa da codice fiscale. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare la mail di un referente per le comunicazioni ordinarie. [↑](#footnote-ref-2)