

CENTRALE UNICA DI COMMITTENZA
Comuni di Ischia di Castro, Farnese, Cellere
Sede C/O Comune di Ischia di Castro
via S. Rocco, 2 - 01010 - Ischia di Castro (VT); Tel. 0761/425455



COMUNE DI FARNESE
PROVINCIA DI VITERBO

Corso Vittorio Emanuele III, 395
Tel. 0761.458381 Fax-0761.458646
E-mail: utfarnese@virgilio.it

Procedura aperta per l'affidamento dei servizi di igiene urbana
Raccolta dei rifiuti e gestione dell'ecocentro – Comune di Farnese

DICHIARAZIONE POSIZIONI PREVIDENZIALI – Modello 3 – Busta "A"

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____, residente a _____
c.a.p. _____ Provincia _____ indirizzo _____
in qualità di _____ dell'impresa _____
con sede legale a _____ c.a.p. _____ Provincia _____
indirizzo _____
C.F. _____ Partita IVA _____

DICHIARA

ai sensi e nei modi di cui all'art. 46, D.P.R. n. 445/2000, di essere iscritto alle seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

• I.N.P.S.

Imprese con lavoratori dipendenti:

Matricola _____ Sede _____

n. dipendenti _____ (media degli ultimi sei mesi) e di essere in regola, ancorché autorizzato alla dilazione, con il versamento della contribuzione dovuta, a tutto il _____

Imprese individuali:

P. I. _____ e di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il _____

CENTRALE UNICA DI COMMITTENZA
Comuni di Ischia di Castro, Farnese, Cellere
Sede C/O Comune di Ischia di Castro
via S. Rocco, 2 - 01010 - Ischia di Castro (VT); Tel. 0761/425455

PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI IGIENE URBANA
RACCOLTA DIFFERENZIATA DEI RIFIUTI E GESTIONE ECOCENTRO

Dichiarazione posizioni previdenziali - Modello 3 – Busta A

Imprese artigiane in forma societaria:

P.A. _____ PA. _____ e dichiara di essere in regola con
il versamento della contribuzione dovuta a tutto il _____

• I.N.A.I.L.

Cod. Cliente _____ Pat. _____

Denuncia retribuzione anno precedente (mod.10 SM) € _____

Retribuzioni Presunte anno in corso € _____

Pagamento rateale:

Si – No

Mod. F24: importo a debito versato il _____ per la posizione di cui sopra e dichiara di
essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il _____

DICHIARA INFINE

che nell'ultimo biennio non è stata oggetto di verbali di accertamento da parte delle Autorità preposte
(INAIL -INPS -ASL -G.d.F.) e che non ha in corso verifiche da parte delle Autorità prima descritte

(*)

_____ li _____

TIMBRO E FIRMA

Allegare la fotocopia del documento di identità

(*) in caso affermativo specificare l'esito o l'Autorità che ha in corso accertamenti