

Comune di Silvi  
Settore Istruzione

## DICHIARAZIONE SUI DATI DI ISCRIZIONE AGLI ENTI PREVIDENZIALI TUTTE LE IMPRESE (SINGOLA O MANDATARIA O MANDANTE (A.T.I.))

Il sottoscritto .....  
con Codice Fiscale.....  
in qualità di (*titolare, legale rappresentante, procuratore, institore, altro*) .....  
dell'impresa di seguito indicata:

|   |                                                                             |                                                                                                          |  |                                              |  |    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|----|
|   |                                                                             |                                                                                                          |  |                                              |  |    |
| 1 | Codice fiscale *                                                            |                                                                                                          |  | E-mail                                       |  |    |
| 2 | Denominazione/ Ragione sociale *                                            |                                                                                                          |  |                                              |  |    |
| 3 | Sede legale *                                                               | cap                                                                                                      |  | Comune                                       |  | Pr |
|   |                                                                             | Via/Piazza                                                                                               |  |                                              |  | N° |
| 4 | Sede operativa *                                                            | cap                                                                                                      |  | Comune                                       |  | Pr |
|   |                                                                             | Via/Piazza                                                                                               |  |                                              |  | N° |
| 5 | Recapito corrispondenza *                                                   | <input type="checkbox"/> sede legale                      oppure <input type="checkbox"/> sede operativa |  |                                              |  |    |
| 6 | Tipo impresa *                                                              | <input type="checkbox"/> impresa <input type="checkbox"/> autonomo                                       |  |                                              |  |    |
| 7 |                                                                             |                                                                                                          |  |                                              |  |    |
| 8 | C.C.N.L. applicato *<br>(indicare contratto applicato)                      |                                                                                                          |  |                                              |  |    |
| 1 | INAIL -codice ditta *                                                       |                                                                                                          |  | INAIL -Posizioni assicurative territoriali * |  |    |
| 2 | INPS -matricola azienda *                                                   |                                                                                                          |  | INPS -sede competente *                      |  |    |
| 3 | INPS -posizione contributiva individuale titolare/ soci imprese artigiane * |                                                                                                          |  | INPS -sede competente *                      |  |    |

(\*) campi obbligatori

### DICHARA

1) di rendersi disponibile alla fornitura di testi di scuola primaria tramite cedole librarie per l'a.s. 2021/2022 consapevole dei vincoli di applicazione del 0,50% di sconto come previsto dal d.m. n.91 del 13/04/2022

2) di aver dipendenti nel numero di: \_\_\_\_\_ e/o collaboratori nel numero di: \_\_\_\_\_

### OPPURE

3) di non aver lavoratori dipendenti né collaboratori.

***Luogo / data***

***Firma***

***N.B.: si ricorda che tale dichiarazione dovrà essere firmata in originale e corredata da fotocopia del documento d'identità IN CORSO DI VALIDITA' del sottoscrittore.***

