

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

ALLEGATO 4

Il sottoscritto

nato a

(nome e cognome)

(comune/provincia)

Prov. () il

C. Fiscale

nella qualità di Legale Rappresentante

di

(ragione sociale)

(denominazione)

Sede legale

in

(comune/provincia)

(via/piazza e n. civ)

Sede operativa

in

(comune/provincia)

(via/piazza e n. civ)

Codice Fiscale

Partita IVA

tel

fax

email

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ai fini dell'erogazione del finanziamento regionale

1) Dichiaro che l'ente di cui è rappresentante legale

☐ E' soggetto alla ritenuta Irpef/Ires del 4% (ex art. 28 comma II DPR 600/1973) in quanto impresa commerciale o ente non commerciale, ma con attività suscettibile di ricevere corrispettivi aventi natura commerciale di cui all'art. 55 DPR 917/1986, modificato con D.Lgs. 344/2003 e s.m.i.

Ovvero:

☐ Non è soggetto alla ritenuta Irpef/Ires del 4% (ex art. 28 comma II DPR 600/1973) in quanto ente non commerciale che svolge attività diverse da quelle di cui all'art. 55 DPR 917/86, ovvero non svolge abitualmente o in via occasionale attività produttiva di reddito d'impresa quale risulta dalle norme fiscali in materia o ONLUS in base all'art. 16 del D.Lgs. 460/1997

2) Dichiaro inoltre che il medesimo ente

☐ Ha attivato le seguenti posizioni previdenziali:

a. INPS, matricola n. , sede competente

b. INAIL, posizione n. , sede competente

La firma della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 46 del D.P. R. 28 dicembre 2000, n.445. Alla presente dovrà essere allegata fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

c. Altra Cassa Previdenziale , matricola n. , sede competente

ed è in regola con la liquidazione dei contributi, e non ha contenziosi in atto con gli Enti previdenziali ed assistenziali e/o provvedimenti e/o azioni esecutive disposti dall'Autorità Giudiziaria.

Ovvero:

☐ Non è titolare di alcuna posizione assicurativa presso INPS, INAIL o altro, e dunque non è sottoposta all'obbligo della verifica di Regolarità Contributiva in quanto non ha dipendenti (*) e/o è soggetta a norme speciali

() Per "dipendente" deve intendersi ogni lavoratore a qualsiasi titolo e per il quale sussiste l'obbligo di versamento dei contributi previdenziali, assistenziali e/o assicurativi.*

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, che i dati personali forniti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e si obbliga fin d'ora a comunicare qualsiasi variazione e/o aggiornamento ai dati qui inseriti.

Letto, confermato e sottoscritto

Data

Il/La Dichiarante