# ALLEGATO 3

Alla Dirigente Scolastica

dell’Istituto Comprensivo

“E.Loi - G.Santomauro” Bari

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante del/della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede Legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con specifico riferimento all’Avviso Pubblico finalizzato alla creazione di una graduatoria delle Cooperative/Associazioni/Società cui affidare il servizio delle attività di PRE e POST scuola per l’anno scolastico 2024/2025.

**dichiara quanto segue**

|  |
| --- |
| **POSIZIONE I.N.P.S.**   * Imprese/Associazioni con lavoratori dipendenti:   Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lav. Dip. N. \_\_\_\_\_\_\_\_ (media degli ultimi sei mesi)  Dichiara di essere in regola, ancorché autorizzato alla dilazione, con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_\_\_\_.   * Imprese individuali:   Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coll. Fam. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_\_\_\_.   * Imprese artigiane in forma societaria:   P.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_\_\_\_. |

|  |
| --- |
| **POSIZIONE I.N.A.I.L.**  Cod. cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pat. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Den. Retrib. anno precedente (mod. 10 SM) € \_\_\_\_\_\_\_\_ Retrib. presunte anno in corso € \_\_\_\_\_\_\_\_.  Pagamento rateale:  SI  NO Mod. F24: importo a debito versato il \_\_\_\_\_\_\_\_ per la posizione di cui sopra. |

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

In caso affermativo specificare l’esito o l’autorità che ha in corso gli accertamenti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Nel caso di mancato possesso delle posizioni INPS, INAIL il sottoscritto dichiara quanto segue:  I soci sono lavoratori volontari  SI  NO  I soci percepiscono retribuzione  SI  NO  L’attività è svolta da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (se professionista indicare a quale albo risulta iscritto) |

Allega alla presente fotocopia del seguente documento d’identità:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

, lì

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_