

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

Codice fiscale o partita IVA _____

in qualità di persona fisica/legale rappresentante della società

(ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA _____

Sede legale: Via/Piazza _____ n. _____ Città _____

Prov. _____ CAP. _____

consapevole di quanto prescritto dall'art. 73 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000:

di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti sul/la sottoscritto/a ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS e INAIL.

Data _____

Firma del proponente
