**Allegato D)**

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

**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**AI FINI DELLA VERIFICA DELLA REGOLARITA’ CONTRIBUTIVA**

Il/la sottoscritto/a cognome……………………………… nome ………………………………

Cod.Fisc. ………………… (*della persona fisica dichiarante, che compila il modulo*)

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi**

DICHIARA di intervenire in qualità di:

*(selezionare tutte le dichiarazioni pertinenti)*

 Titolare/Legale rappresentante dell’impresa………………………………… *(indicare la denominazione dell’impresa)*

 Libero professionista:

 iscritto all’Albo di ………………………………*(specificare l’Albo di appartenenza)*

 aderente all’Associazione MISE di ………………………………*(specificare l’Associazione a cui si aderisce)*

Cod.Fisc. …………………P.IVA ………………………… *(dell’impresa/del libero professionista)*

Recapito telefonico…………………………E-mail……………………………………………

PEC:………………………...

Esercente l’attività di…………………………...*(specificare l’attività dell’impresa/libero professionista)*

ID Progetto …………………………………

ID soggetto richiedente/impresa ………………...…………………………

**Ai fini della verifica della posizione INAIL DICHIARA:**

□ di essere in obbligo assicurativo INAL

□ di NON essere in una situazione di obbligo assicurativo INAIL, nonché di NON essere soggetto agli obblighi assicurativi, non ricorrendovi i presupposti, previsti agli artt. 1 e 4 della Legge n. 1124 del 30/6/1965, in quanto (barrare la casella d’interesse):

□ titolare di ditta individuale commercio senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)

□ titolare agricolo che non esercita lavorazioni meccanico-agricole per conto terzi (trebbiatura, mietitrebbiatura ecc.)

□ agente di commercio che svolge attività in forma autonoma e non societaria senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)

□ libero professionista iscritto all’ordine che versa i contributi alla cassa di riferimento senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)

□ studio associato di Professionisti iscritti all’Albo (non soci lavoratori e soggetti alla dipendenza funzionale nei confronti della Società per il raggiungimento dei beni e dei fini societari)

□ altro

(specificare)…………………………………………………………………………………

**Ai fini della verifica della posizione INPS DICHIARA:**

□ di essere in obbligo di imposizione INPS

□ di NON essere in una situazione di obbligo di imposizione **INPS,** in quanto(barrare la casella d’interesse):

□ lavoratore dipendente con versamento della contribuzione a INPS/INPDAP/ENPALS *(barrare gli enti non interessati)*

□ versa la contribuzione ad una Cassa Professionale (*barrare anche la relativa scelta dell’ultimo box e compilare i relativi dati*)

□ altro (specificare)……………………………………………………………………………………

□ di essere iscritto alla GESTIONE SEPARATA INPS

Sede competente …………………………………..…

Codice iscrizione ……………………

**Ai fini della verifica della posizione presso la Cassa Professionale/altro Ente Previdenziale di appartenenza DICHIARA:**

□ di essere regolarmente iscritto:

□ alla Cassa Professionale di ……………………*(specificare)*

Sede competente …………………………………..…*(specificare)*

n. iscrizione …………………… *(specificare)*

□ altro Ente Previdenziale …………………… *(specificare)*

Sede competente …………………………………..… *(specificare)*

n. iscrizione …………………… *(specificare)*

e di risultare in regola con i versamenti contributivi

□di NON avere obbligo di iscrizione ad una Cassa Professionale/altro Ente Previdenziale

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

Luogo e data

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

Firma elettronica o digitale del legale rappresentante