

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(di cui agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445 del 28.12.2000)

**Offerta per la fornitura di lavoro somministrato – infermiere-fisioterapista-logopedista.**

**CIG 52728258D5**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

**in qualità di legale rappresentante**

dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ partita I.V.A. \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale cui può incorrere, ex art. 76 D.P.R. 445/2000, in caso di  
dichiarazione mendace o, comunque, relativa a dati non più rispondenti a verità,

**dichiara**

- A)** di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro, di retribuzione dei lavoratori dipendenti e di disciplina del diritto al lavoro dei disabili;
- B)** di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 D.L. n. 201/2002 convertito in legge n. 266/2002) e comunica i seguenti dati:

**IMPRESA**

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Denominazione o \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_

E – mail \_\_\_\_\_

E – mail PEC (1) \_\_\_\_\_

Sede legale CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Sede operativa (2) CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Luogo attività (3) CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito corrispondenza (barrare)  Sede legale  
 Sede operativa  
Tipo impresa (barrare)  Impresa  
 Lavoratore autonomo

