**Allegato G**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ PER SOGGETTI CHE NON HANNO POSIZIONE INPS/INAIL

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

AI FINI DELLA VERIFICA DELLA REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

**Il/La Sottoscritto/a**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome: | | Nome: | |
| In qualità di: | | | (titolare/legale rappresentante) |
| Dell’impresa: | | | |
| Cod. fiscale | P.IVA | | |
| Tel. | Email: | | |

*ID Progetto:* ***Bando* “Voucher digitalizzazione PMI – 2024”**

***C.C.N.L. applicato:***

edilizia

edile con soli impiegati e tecnici

altri settori (specificare quale) ……………………………………………………………………………………….

**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, a tal fine**

**DICHIARA**

di essere ai fini del non obbligo assicurativo **INAIL** (barrare la casella d’interesse):

titolare 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)

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)

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) …………………………………………………………………………………

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.

**DICHIARA, INOLTRE**

Ai fini del non obbligo di imposizione **INPS** (barrare la casella d’interesse):

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

di versare la contribuzione alla seguente cassa Professionale ………………………………….

altro (specificare) ……………………………………………………………………………………….

**DICHIARA ALTRESÌ**

* di rendere le precedenti dichiarazioni ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000 e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità ai sensi dell’art. 76 del citato DPR 445/2000.;
* di aver preso visione dell’allegata Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del GDPR 2016/679.

**ACCONSENTE**

* al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016, per le sole finalità del presente Bando.

***Attenzione:*** *Il presente modulo deve essere compilato a video e* firmato digitalmente dal titolare/legale rappresentante dell’impresa in modalità **CAdES** ed avere estensione **.p7m**.