



CITTA' DI REGGIO CALABRIA
SETTORE WELFARE E ISTRUZIONE
MACROAREA WELFARE



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Allegato 3

IMPRESA OSPITANTE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
D.P.R. 28.12.2000 n. 445 art. 46.

Il/la sottoscritto/a....., nato/a a
.....il, in qualità di legale
rappresentante dell'ente.....,
con sede legale in.....
via..... n.....,
C.F.,

Denominazione impresa Ospitante i tirocinanti	Sede operativa	Responsabile legale
1		
2		
3		
...		

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- ☐ di non trovarsi in nessuna delle condizioni ostative previste dall'art. 80 del D.lgs 50/2016;
- ☐ di possedere tutti i necessari requisiti di onorabilità e affidabilità giuridica ed economico-finanziaria, con specifico riferimento a: Assenza di sentenze penali definitive o di procedimenti penali in corso per i quali sia stata pronunciata sentenza di condanna, che pregiudichino l'onorabilità, nonché di ogni altra sentenza di condanna passata in giudicato che comporti l'incapacità di contrarre con la Pubblica amministrazione ai sensi della vigente normativa;
- ☐ che non sussistono nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, sospensione o

Palazzo Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco – 89128 Reggio Calabria - Tel.: 0965.3622130 – Telefax: 0965.3623818

<http://www.comune.reggio-calabria.it> – e-mail: servizisociali@comune.reggio-calabria.it

Codice Fiscale/Partita I.V.A.: 00136380805



CITTA' DI REGGIO CALABRIA
SETTORE WELFARE E ISTRUZIONE
MACROAREA WELFARE



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

divieto di cui all'art.67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n.159 (disposizioni antimafia);

DICHIARA INOLTRE

di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L. n. 210/2002 convertito in legge n. 266/2002) e comunica i seguenti dati:

I - IMPRESA

Denominazione / ragione sociale* _____

Codice Fiscale* _____

E-mail _____ **Sede legale*** **C.A.P.** _____

Comune _____

Via/Pia _____ **n.** _____

Sede operativa* **C.A.P.** _____ **Comune** _____

Via/Piazza _____ **n.** _____

Recapito corrispondenza: ☐ c/o Sede legale ☐ c/o Sede operativa

Tipo impresa * ☐ Datore di Lavoro ☐ Gestione Separata -

Committente/Associante

☐ Lavoratore Autonomo ☐ Gestione Separata - Titolare di reddito di lavoro autonomo

(se Datore di lavoro) **C.C.N.L. applicato*** _____

II - ENTI PREVIDENZIALI

1. INAIL - codice ditta* _____

2. INPS - matricola azienda _____ **sede competente*** _____

Palazzo Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco – 89128 Reggio Calabria - Tel.: 0965.3622130 – Telefax: 0965.3623818

<http://www.comune.reggio-calabria.it> – e-mail: servizisociali@comune.reggio-calabria.it

Codice Fiscale/Partita I.V.A.: 00136380805



CITTA' DI REGGIO CALABRIA
SETTORE WELFARE E ISTRUZIONE
MACROAREA WELFARE



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

3. INPS - posizione contributiva individuale titolare / soci imprese artigiane

*

sede competente * _____

Luogo e data _____

firma del dichiarante
