

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

codice fiscale _____

in qualità di:

- ☐ titolare
- ☐ legale rappresentante

dell'impresa _____

C.F./P.IVA _____

Cod. Ditta INAIL _____ Matr. INPS _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) **Motivo dell'esenzione dall'obbligo assicurativo INAIL** (barrare il caso corrispondente):

- ☐ **Commerciante individuale** che da lavora da solo (senza dipendenti, familiari o soci);
- ☐ **Titolare agricolo**;
- ☐ **Agente di commercio autonomo** (non in forma societaria);
- ☐ **Libero Professionista iscritto ad Albo professionale** (senza dipendenti o collaboratori)
- ☐ altro _____

2) **Motivo dell'esenzione dall'obbligo contributivo INPS** (barrare il caso corrispondente):

- ☐ sono già **lavoratore dipendente** a tempo pieno e verso i contributi tramite un altro datore di lavoro
- ☐ verso già i contributi presso la seguente **Cassa Professionale**:
- _____
- ☐ altro _____

3) **Motivo dell'esenzione dall'obbligo contributivo alla CASSA EDILE**

- ☐ specificare:
- _____

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e dal Regolamento UE 2016 / 679 ("GDPR"), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Il Dichiarante

(firma digitale)