

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.

Il Dichiarante

Luogo e data

La dichiarazione deve essere firmata digitalmente