

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

Codice fiscale o partita IVA: \_\_\_\_\_

in qualità di persona fisica/legale rappresentante della società

\_\_\_\_\_  
(ragione sociale)

**Sede legale:**

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti su di me ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.

Data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

**Si allega: documento di identità**