

Lavori di manutenzione straordinaria per la realizzazione di servizi per persone diversamente abili e spogliatoi per il personale della sala mortuaria degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria" -Progetto OORR26"

CIG ZBE0DE9DF9

AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO
MORELLI VIA PROV. SPIRITO SANTO 24
89128 REGGIO CALABRIA

OGGETTO:

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R 445/2000 - MODULO DATI PER RICHIESTA DURC

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
nella qualità di _____ dell'impresa _____ partecipante
alla gara in oggetto, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che i dati per la richiesta del DURC sono i seguenti:

I		IMPRESA ESECUTRICE			
1	TIPO DITTA	<input type="checkbox"/>	Datore di lavoro	<input type="checkbox"/>	Gest. Separata- Committ/associante
		<input type="checkbox"/>	Lav. Autonomo	<input type="checkbox"/>	Gest. Separata- Tit. redd di lavoro
2	COD. FISC./P.IVA			E-MAIL	
	FAX	PEC			
3	DENOMINAZ./RAG. SOCIALE				
4	SEDE LEGALE	comune			cap
		Via/Pz.	N°	prov.	
5	SEDE OPERAT./IND. ATTIVITA'	comune			cap
		Via/Pz.	N°	prov.	
6	RECAPITO CORRISPONDENZA	<input type="checkbox"/>	sede legale	<input type="checkbox"/>	sede operativa <input type="checkbox"/> pec
7	LAVORI/SERVIZI/FORNITURE	<input type="checkbox"/>	eseguiti	<input type="checkbox"/>	da eseguire
8	C.C.N.L. applicato	<input type="checkbox"/>	edilizia	<input type="checkbox"/>	edile con solo imp. Tecnici
		<input type="checkbox"/>	metalmecc	<input type="checkbox"/>	altri settori
9	DIMENSIONE AZIENDALE	<input type="checkbox"/>	da 1 a 5	<input type="checkbox"/>	da 6 a 15 <input type="checkbox"/> da 16 a 50
		<input type="checkbox"/>	da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	oltre 100

II LAVORAZIONI

1	CODICE LAVORAZIONE	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				

III ENTI PREVIDENZIALI

1	INAIL codice ditta		INAIL sede	
	INPS matricola azienda		INPS sede	
2	INPS codice fiscale		INPS sede	
	INPS posiz contrib indiv.		INPS sede	
3	CASSA EDILE Codice Impresa		Cassa EDILE Sede	

_____ 2014

timbro e firma del dichiarante

Si allega copia del documento di identità del dichiarante