

MODULO DATI PER RICHIESTA DURC

servizio di gestione conduzione e manutenzione azienda ospedaliera

1416GCMA

CIG 58071725EE

CUP

AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO

MORELLI VIA PROV. SPIRITO SANTO 24

89128 REGGIO CALABRIA

COD. INT.

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 _____

consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

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

I		IMPRESA ESECUTRICE/FORNITRICE			
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	
3	DENOMINAZ./RAG. SOCIALE				
4	SEDE LEGALE	comune		cap	
		Via/Pz.		prov.	
5	SEDE OPERAT./IND. ATTIVITA'	comune		cap	
		Via/Pz.		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 impieg 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	
2	INPS matricola azienda		INPS sede	
	INPS codice fiscale		INPS sede	
	INPS posiz contrib indiv.		INPS sede	
3	CASSA EDILE Codice Impresa		Cassa EDILE Sede	

luogo _____ 2014

timbro e firma del dichiarante

Si allega copia del documento di identità del dichiarante