

AL MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO DI _____

DICHIARAZIONE PER BENEFICI CONTRIBUTIVI INPS E/O INAIL (*)

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

titolare

legale rappresentante

Denominazione azienda _____

Indirizzo legale _____

Codice fiscale (alfanumerico) _____ Codice fiscale (numerico) _____

e-mail _____

Telefono _____ cellulare _____

Matricola INPS (dieci campi numerici) _____

Codice ditta INAIL (nove campi numerici) _____ contro codice (due campi numerici) _____

Cassa edile

Denominazione _____ n. iscrizione _____

al fine di accedere ai benefici normativi e contributivi previsti dalla normativa in materia di lavoro e legislazione sociale, secondo quanto previsto dall'art. 1 , comma 1175, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007).

AUTOCERTIFICATO

ai sensi dell'art. 9 del Decreto Ministeriale 24/10/2007, **l'assenza di provvedimenti, amministrativi o giurisdizionali, definitivi per gli illeciti penali o amministrativi, commessi dopo il 30/12/2007, in materia di tutela delle condizioni di lavoro, indicati nell'allegato A del citato D.M. o il decorso del periodo indicato dallo stesso allegato per ciascun illecito.** Il sottoscritto è inoltre consapevole che le agevolazioni richieste potranno essere revocate qualora si riscontri, in sede di vigilanza, l'assenza delle condizioni sopra indicate e si impegna a comunicare a codesta Direzione qualsiasi variazione dovesse intervenire con riferimento a quanto sopra entro trenta giorni dall'avvenuta modifica. Si è inoltre a conoscenza delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci .

Data _____

Firma _____