**ALLEGATO 3**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Al Dirigente Scolastico

I.C. “G. PALLAVICINI” di Roma

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………C.F. .…………………………………………………………………

in qualità di Legale Rappresentante del/della …………………………………………………………………………………………………………….

sede Legale ……………………………..…………, Via/Piazza …………………………….……………………………………… CAP …………………….

P.I. ……………………………………………………………………………. C.F. ………………………………………………………………………………………..

con specifico riferimento all’Avviso Pubblico finalizzato alla creazione di una graduatoria delle Associazioni/Società cui affidare il servizio delle attività di PRE-POST scuola per l’a.s. 2018/2019.

**dichiara quanto segue**

|  |
| --- |
| POSIZIONE I.N.P.S.   * Imprese/Associazioni con lavoratori dipendenti:   Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lav. Dip. N. \_\_\_\_\_\_ (media  degli ultimi sei mesi)  Dichiara di essere in regola, ancorché autorizzato alla dilazione, con il versamento della contribuzione dovuta  a tutto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   * Imprese individuali:   Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coll. Fam. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   * Imprese artigiane in forma societaria:   P.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dichiara di essere in regola con il versamento della contribuzione dovuta a tutto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| POSIZIONE I.N.A.I.L.  Cod. cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pat. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Den. Retrib. anno precedente (mod. 10 SM) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Retrib.Presunte anno in corso € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pagamento rateale: SI NO Mod. F24: importo a debito versato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la posizione di cui sopra. |

Dichiara, altresì, che nell’ultimo biennio non è stata oggetto di verbali di accertamento da parte delle Autorità preposte (INAIL – INPS – DPL – ASL – G.d.F.) e che non ha in corso verifiche da parte delle Autorità prima descritte **(1)**

|  |
| --- |
| Nel caso di mancato possesso delle posizioni INPS, INAIL il sottoscritto dichiara quanto segue:  I soci sono lavoratori volontari SI NO  I soci percepiscono retribuzione SI NO  L’attività è svolta da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (se professionista indicare a quale albo risulta iscritto) |

Il sottoscritto allega alla presente la descrizione delle attività svolte:

Roma, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Timbro e firma del dichiarante (2)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **In caso affermativo specificare l’esito o l’autorità che ha in corso gli accertamenti**
2. **Allegare la fotocopia del documento d’identità**