**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto nato a (\_\_\_\_) il //e residente a

(\_\_\_\_), Via n. \_\_\_\_, nella sua qualità di

della Ditta , avente sede legale in \_ (\_\_\_\_\_),Via n.\_\_\_\_, P. IVA COD. FISC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi degli artt. 46 e 47del

D.P.R. n. 445/2000 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità ai sensi dell’art. 76 dello stesso D.P.R.

## dichiara

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione/Ragione Sociale\* |  |
| Sede operativa/Indirizzo attività\* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| e-mail\* |  | e-mail PEC |  |
| Telefono\* |  | Fax:\* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INAIL – codice ditta\* |  | Sede di |
| INPS – matricola azienda\* |  | Sede di |

**C.C.N.L. applicato\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

L’impresa dichiara di applicare il Contratto Nazionale di Lavoro, stipulato dalle Organizzazioni Sindacali più rappresentative, del seguente settore:

## (\*) campi obbligatori

Data e Firma leggibile del Legale Rappresentante

**Allegato: copia del documento d’identità del sottoscrittore**