**ALLEGATO B**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………

 *(Nome)*  *(Cognome)*

In qualità di rappresentante legale di……………………………………………………………………………………………………….

(*ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445*) *(Denominazione organismo istante*)

consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 nel caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell’articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

**DICHIARA**

che le seguenti informazioni sono esatte e corrispondenti al vero.

**SCHEDA Anagrafica DELL’ENTE BENEFICIARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione: |  |
|  Codice fiscale: | Partita IVA (se diversa dal codice fiscale) |
| Domicilio fiscale (se diverso dalla sede legale) | Indirizzo, Comune, Provincia, CAP |

**SEDE LEGALE**

|  |
| --- |
|  |
| Regione: | Provincia: |
| Comune: | CAP | Via, viale, piazza e numero civico |
| Telefono | Fax |
| Indirizzo e-mail:  | indirizzo PEC (obbligatorio ai sensi dell’art. 7 dell’avviso) |

**DATI CONTRIBUTIVI PER LA RICHIESTA DEL RILASCIO DEL D.U.R.C:**

|  |  |
| --- | --- |
| Contratto collettivo applicato | Numeri dipendenti |
| Iscrizione INAIL | Posizione INAIL |
| Sede INAIL |
| Iscrizione INPS | Posizione INPS |
| Sede INPS |

**Qualora l’organismo non sia soggetto a D.U.R.C. potrà rilasciare qui di seguito una dichiarazione ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del DPR 445/2000 precisandone le motivazioni.**

**MODALITA’ DI PAGAMENTO**

C/C n………….…. …ABI…………..CAB…………. (ESCLUSIVAMENTE INTESTATO ALL’ENTE BENEFICIARIO)

IBAN…………………………………………………

Il Legale rappresentante:

Nome e Cognome Firma