



ALLA SEDE DI

## DURC Interno

### Dichiarazione di osservanza dei contratti e altri obblighi di legge

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE

in qualità di

titolare

legale rappresentante

DENOMINAZIONE AZIENDA

CODICE FISCALE  SEDE

MATRICOLA INPS  E MAIL

TELEFONO  CELLULARE

**al fine di accedere nell'anno \_\_\_\_\_ - nel rispetto delle specifiche condizioni di legittimità - ai benefici normativi e contributivi previsti dalla normativa in materia di lavoro e legislazione sociale, secondo quanto previsto dall'art. 1, c. 1175, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria 2007)**

### Dichiaro

- di rispettare la parte economica e normativa degli accordi e contratti collettivi nazionali nonché di quelli regionali, territoriali o aziendali, laddove sottoscritti, stipulati dalle organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale;
- di essere in regola con l'assolvimento degli eventuali obblighi nei confronti degli altri Enti previdenziali, assistenziali e delle Casse edili con effetto dal 1° Gennaio 2008;
- di non avere a mio carico provvedimenti amministrativi o giurisdizionali definitivi per violazione delle norme poste a tutela delle condizioni di lavoro (allegato A del decreto ministeriale 24/10/2007), anche nei confronti del dirigente responsabile;
- che, in caso di violazione delle norme poste a tutela delle condizioni di lavoro (allegato A del decreto ministeriale 24/10/2007), è decorso il periodo durante il quale non può essere rilasciato il DURC.

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_