**ALLEGATOB**

Il/lasottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………………………….

Nome Cognome

Natoa…………………………………………………………………………………………………….…………………………….

(Luogodi nascita:comuneeprovinciaoStatoestero) (Datadinascita:GG/MM/AA)

Inqualitàdirappresentantelegaledi……………………………………………………………………………………………………...

(aisensidell’art.46delD.P.R.28/12/2000,n.445) (ente.)

consapevoledellesanzionipenaliprevistedall’articolo76delD.P.R.28/12/2000,n.445nelcasodidichiarazionimendaciapubblico

ufficiale,falsitàinatti,usodiattifalsi,aisensidell’art.47delD.P.R.28/12/2000,n.445:

**DICHIARA**

cheleseguentiinformazionisonoesatteecorrispondentialvero:

|  |  |
| --- | --- |
| **SCHEDAANAGRAFICADELL’ENTEBENEFICIARIO** |  |
| **Denominazione:** |  |
| **Formagiuridica:** |
| Datadicostituzione: | Codicefiscale: | PartitaIVA(sediversadalcodicefiscale) |
| **Domiciliofiscale**(sediversodallasedelegale) | Indirizzo,Comune,Provincia,CAP |

**SEDELEGALE**

|  |
| --- |
|  |
| Regione: | Provincia: |
| Comune: | CAP | Via,viale, piazza enumerocivico |
| Telefono | e-mail(obbligatoriaaifinidell’inserimentodellaschedaanagraficanelsistemainformaticoregionale) |

**INDIRIZZOPECPERCOMUNICAZIONI(**obbligatoriaaisensidegliartt.8e10dell’Avviso**)**

|  |
| --- |
| **DATICONTRIBUTIVIPERLARICHIESTADELRILASCIODELD.U.R.C.** |
| Contrattocollettivoapplicato | Numeridipendenti |
| IscrizioneINAIL | PosizioneINAIL |
| SedeINAIL | IscrizioneINPS |
| PosizioneINPS | SedeINPS |

MODALITA’ DIPAGAMENTO

C/Cn………….….…ABI…………..CAB………….

IBAN…………………………………………………

Illegalerappresentante

Firma

Nome eCognome