

ALLEGATO B

Il/la sottoscritto/a.....
Nome Cognome

Nato a.....
(Luogo di nascita: comune e provincia o Stato estero) (Data di nascita: GG/MM/AA)

In qualità di rappresentante legale di.....
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445) (ente.)

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, falsità in atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 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:		
Forma giuridica :		
Data di costituzione:	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	e-mail (obbligatoria ai fini dell'inserimento della scheda anagrafica nel sistema informatico regionale)	
INDIRIZZO PEC PER COMUNICAZIONI (obbligatoria ai sensi degli artt.8 e 10 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

MODALITA' DI PAGAMENTO

C/C n.....ABI.....CAB.....

IBAN.....

intestato al beneficiario

Il legale rappresentante

Nome e Cognome	Firma
----------------	-------