

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.U.R.C.)
(art. 46 – comma 1, lett. p) D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a LEGGI FRANCESCA
 nato/a a MACERATA il 30.09.1972 C.F. LGGFNC72P70E7830
 residente a MACERATA via TIBALDI 57

ai sensi dell'art. 46 – comma 1, lett. p) del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000), in qualità di:

Legale rappresentante della società *

Denominazione _____

Titolare della ditta individuale *

Denominazione LEGGI FRANCESCA

C.F. * LGGFNC72P70E7830

P. IVA * 01856750633

Sede legale *

cap 62100 Comune MACERATA

via/piazza VIA TIBALDI

n. 57

tel. 338/6252872

fax _____

e-mail francesca.leggi@pedesrl.it

Sede operativa *

IDEM

cap _____ Comune _____

via/piazza _____

n. _____

tel. _____

fax _____

e-mail _____

Indirizzo attività ²

IDEM

cap _____ Comune _____

via/piazza _____

n. _____

tel. _____

fax _____

e-mail _____

C.C.N.L. applicato *

STUDI PROFESSIONALI

Durata del servizio ³

Dal 01/01/2021

Al 31/12/2021

Importo appalto (Iva esclusa) Euro *

884,00

Totale addetti al servizio ³

1

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che:

L'organico dell'ultimo anno della ditta, distinto per qualifica, è il seguente:

N. qualifica



La Ditta non ha dipendenti

La Ditta è iscritta/assicurata ai seguenti enti previdenziali:

1) INPS

Matricola azienda * _____
sede competente _____ CAP _____ Via _____
Posiz. contrib. individuale (titolare/soci imprese artig./agric. indiv. o fam.) * _____
sede competente _____ CAP _____ Via _____

2) INAIL

codice ditta * _____
sede competente _____ CAP _____ Via _____
posizioni assicurative territoriali * (PAT) _____

3) CASSA EDILE

codice impresa * _____
codice cassa * _____
sede competente _____ CAP _____ Via _____

Che esiste la correttezza degli adempimenti periodici relativi al versamento dei contributi dovuti a:

<input type="checkbox"/> 1	INPS	versamento contributivo regolare alla data *	_____
<input type="checkbox"/> 1	INAIL	versamento contributivo regolare alla data *	_____
<input type="checkbox"/> 1	CASSA EDILE	versamento contributivo regolare alla data *	_____

Che non sono in corso controversie amministrative / giudiziali per l'esistenza di debiti contributivi.

Che non esistono in atto inadempienze e rettifiche notificate, non contestate e non pagate.

ovvero

Che esistono in atto le seguenti contestazioni:

ovvero

Che è stata conseguita procedura di sanatoria, positivamente definita con atto adottato da parte dell'Ente interessato, i cui estremi sono:

Prot. documento n. _____ data _____
Riferimento _____ data _____
Codice identificativo pratica (C.I.P.) _____

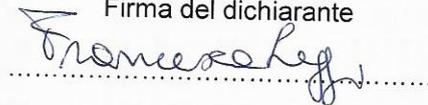
La presente autocertificazione viene rilasciata con specifico riferimento:

- alla partecipazione alla gara per la fornitura di _____
di cui al Prot. N. _____ del _____ indetta dal Comune di Livigno
- alla richiesta di preventivo Prot. N. _____ del _____
- alla aggiudicazione alla gara per la fornitura di _____
di cui al Prot. N. _____ del _____ indetta dal Comune di Livigno
- al Buono di Ordinazione N. _____ del _____
- alla stipula del contratto di _____
Prot. N. _____ del _____
- alla liquidazione fattura N. _____ del _____

Luogo e data

MACERATA, 02-04-2021

Firma del dichiarante



Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore.

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" con firma in calce alla presente dichiarazione esprimo il consenso e autorizzo il Comune in indirizzo al trattamento dei dati comunicati, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione delle procedure.

- * campo obbligatorio
- 1 barrare la voce di interesse
- 2 campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti
- 3 campo obbligatorio solo per appalto di servizi

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI IN APPLICAZIONE DEL REG. UE 679/2016.

Io sottoscritta LEGGI FRANCESCA

Codice fiscale: LGGFNC7ZP70E7830

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sull'uso dei miei dati personali e, a tal fine, essendomi stato espressamente ed esaustivamente spiegato ogni punto della medesima ed avendo io integralmente compreso tutto quanto in essa contenuto, privo di qualsiasi dubbio in merito,

A U T O R I Z Z O

l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it, all'utilizzo dei miei dati, anche sensibili e/o giudiziari, limitatamente a quanto necessario per l'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami;

Presto il consenso

Nego il consenso

al trattamento e conservazione, nei propri archivi cartacei e informatici, dei dati necessari all'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami, anche a mezzo di trattamenti automatizzati compresa la profilazione al fine di individuare e offrire servizi più adatti alle mie esigenze;

Presto il consenso

Nego il consenso

alla ripresa audio-visiva di immagini durante lo svolgimento dei corsi, nonché allo scatto di foto e conseguente eventuale pubblicazione sul sito internet dell'Ordine e/o di altro genere sempre comunque inerente l'ambito dei servizi da esso svolti;

P R E S T O I L C O N S E N S O

a che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it, ponga in essere le attività sopra descritte e per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Fermo li 02/06/2021

Firma per rilascio del consenso:

Francesca Leggi

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI
INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI
(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)**

Il/La sottoscritto/a LEGGI FRANCESCA nato/a a
MACERATA il 30-09-1972 e residente in
MACERATA alla via TIBALDI 57 codice fiscale
LGGFNC72P70E7830 p.iva 01856750433

in relazione all'incarico di

SERVIZIO DI CONSULENZA, SUPPORTO ED ELABORAZIONE PAGHE

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **incarichi** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	incarico	durata	Gratuito si/no

B. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di **cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	carica	durata	Gratuita si/no

C. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **attività professionali**

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note
	DOTORE COMMERCIALISTA	19-01-2021	

Si impegna infine

D. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.

MAGERATA li, 02-04-2021

In fede

Francesco Reggi

