



**DATI UTILI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO FIRMATO
DIGITALMENTE**

Ragione sociale Ditta: _____

Sede legale _____

Cod.Fisc. e P.IVA _____

Indirizzo P.E.C

Soggetto che stipula il contratto

Sig./Sig.a: _____

Ruolo: _____

Nato/a a: _____ il _____

Residenza: _____

Dati del soggetto che sottoscriverà digitalmente il contratto:

Nome e Cognome: _____

Ruolo: _____

Nato/a a: _____ il _____

Firma digitale rilasciata da: _____

Con validità dal _____ al _____



B) DATI PER UTILI PER L'EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI POSTI GARA.

SOLO PER LE IMPRESE CHE OCCUPANO NON PIU' DI 15 DIPENDENTI E DA 15 FINO A 35 DIPENDENTI CHE NON ABBIANO EFFETTUATO NUOVE ASSUNZIONI DOPO IL 18 GENNAIO 2000:

- 1 la propria condizione di non assoggettabilità agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/99 in tema di diritto al lavoro di disabili;

SOLO PER IMPRESE CHE OCCUPANO PIU' DI 35 DIPENDENTI E PER LE IMPRESE CHE OCCUPANO DA 15 A 35 DIPENDENTI CHE ABBIANO EFFETTUATO UNA NUOVA ASSUNZIONE DOPO IL 18 GENNAIO 2000:

- 2 ai sensi della legge 68/99 in tema di diritto al lavoro dei disabili, l'ottemperanza alla norma della suddetta legge;
- 3 sede dell'Ufficio provinciale per l'Impiego - Collocamento mirato Disabili territorialmente competente
tel. e-mail

N.B. 1: per la compilazione barrare la casella di competenza

N.B. 2: per la compilazione barrare la casella di competenza

N.B. 3 da compilare anche se l'impresa non è soggetta agli adempimenti di cui alla L. 68/1999

4) dichiaro che l'impresa è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione italiana:

- ◆ indicare gli uffici INPS - INAIL presso i quali è possibile verificare quanto dichiarato:
Ufficio, indirizzo, CAP, città - Fax - Tel - Cod. Società - n. posizione);
- ◆ **N. di matricola INPS**
- ◆ **N. codice ditta INAIL**
- ◆ **Settore CCNL applicato**
- ◆ la sede Ufficio Imposte - Agenzia delle Entrate territorialmente competente:
.....
..... via
..... città
..... tel. fax
..... e-mail.....
.....

ovvero, ove trattasi di Grandi contribuenti



sede Direzione Regionale Agenzia delle Entrate – Ufficio Grandi Contribuenti territorialmente competente

via

città tel.

fax e-mail

- ◆ la sede del Tribunale territorialmente competente al rilascio del certificato di assenza/pendenza di procedure fallimentari o concorsuali (L. F. D.Lgs. 5/2006 e 169/2007):

.....

..... via

..... città

..... tel. fax

..... e-mail.....

.....