



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale
Servizio della Governance della Formazione Professionale

Avviso pubblico

“Percorsi formativi per il rilascio della qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS)”

PO FSE 2007/13 Regione Sardegna
Obiettivo Competitività Regionale e Occupazione
Asse II Occupabilità/Asse III Inclusione sociale
PO FSE 2014/2020 Regione Sardegna

REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

ALLEGATO III

REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e della Sicurezza Sociale

Servizio Governance della Formazione Professionale - Settore
Programmazione

Via XXVIII Febbraio, 1
09131 – Cagliari

Dichiarazione volta a consentire l'acquisizione d'ufficio del DURC.

Oggetto: Avviso "Percorsi formativi per il rilascio della qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS)".

Il /la sottoscritto/a

nato/a il

a

Prov.

residente in

indirizzo

Prov.

codice fiscale

munito di **documento di identità (che si allega in copia)** n.

rilasciato da

in qualità di Legale Rappresentante dell'Agenzia/ente/impresa/organismo

sede legale (indirizzo)

CAP

Comune

Prov.

sede operativa (indirizzo) *se diversa da quella legale*

CAP

Comune

Prov.

telefono

fax

e-mail

pec

(Nel caso in cui l'impresa non disponesse di indirizzo e-mail, indicare l' e-mail del commercialista/consulente del lavoro dell'impresa/agenzia stessa o di altro soggetto agevolmente reperibile)

Partita IVA

Codice Fiscale

QUADRO A)

Compilare nel caso in cui l'impresa rientri nel tipo ditta “**DATORE DI LAVORO**” (soggetti che hanno alle dipendenze lavoratori subordinati e possono occupare anche lavoratori con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, resa anche nella modalità a progetto, aventi per oggetto attività svolte senza vincolo di subordinazione):

INAIL codice ditta n.

INAIL posizioni assicurative territoriali

INPS matricola azienda

INPS sede territoriale competente

Codice Ditta Cassa Edile

Denominazione e sede Cassa Edile competente

(Da compilare nel caso di impresa edile)

QUADRO B)

Compilare nel caso in cui l'impresa rientri nel tipo ditta “**GESTIONE SEPARATA – Committenti -Associanti**” (soggetti che occupano esclusivamente lavoratori con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, resa anche nella modalità a progetto, aventi per oggetto la prestazione di attività svolte senza vincolo di subordinazione):

Codice fiscale dell'impresa/agenzia committente/associante

CAP della sede legale della posizione per cui è richiesto il DURC

QUADRO C)

Compilare nel caso in cui l'impresa rientri nel tipo ditta “**GESTIONE SEPARATA – Titolari di reddito di lavoro autonomo di arte e professione**” (**liberi professionisti**): soggetti iscritti alla gestione separata:

Codice fiscale del libero professionista

CAP della sede di residenza anagrafica del libero professionista per cui è richiesto il DURC

QUADRO D)

Compilare nel caso di **LAVORATORI AUTONOMI** (soggetti iscritti alla gestione artigiani e commercianti):

N. posizione contributiva INPS individuale

Sede INPS competente

QUADRO E)

Compilare nel caso di **Agenzia formativa, organismo o impresa priva di dipendenti** (non rientrante nel quadro D):

Numero di posizione contributiva INPS relativa al titolare:

Sede INPS competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

Numero di posizione INAIL relativa al titolare

Sede INAIL competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

QUADRO F)

Compilare nel caso di **impresa artigiana con dipendenti**:

Numero di posizione contributiva INPS relativa al titolare:

Sede INPS competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

Numero di posizione INAIL relativa al titolare

Sede INAIL competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

Numero di posizione INPS relativa ai dipendenti

Sede INPS competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

Numero di posizione INAIL relativa ai dipendenti

Sede INAIL competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

QUADRO G)

Compilare nel caso di **impresa agricola**:

numero di posizione contributiva INPS relativa al titolare

sede INPS competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

numero di posizione INAIL relativa al titolare

(solo nel caso in cui lo stesso sia soggetto ad assicurazione INAIL)

sede INAIL competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

numero di posizione INPS relativa ad eventuali dipendenti

sede INPS competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

numero di posizione INAIL relativa ad eventuali dipendenti	
--	--

sede INAIL competente (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente)

Barrare nel caso in cui la suddetta impresa agricola sia priva di dipendenti: ☐ ()

(barrare, tra le due alternative sottostanti, l'opzione corrispondente e compilare i campi richiesti)

☐ (che l' organico dell'ultimo anno dell'Agenzia/Impresa, è il seguente:[illegible]

--	--

Oppure

☐ (che l'Agenzia/Impresa/Ente non ha attualmente dipendenti

DICHIARA

(barrare l'opzione corrispondente)

☐ (che l'Ente/agenzia/impresa occupa esclusivamente lavoratori con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, resa anche nella modalità a progetto, aventi per oggetto la prestazione di attività svolte senza vincolo di subordinazione;

☐ (che l'Ente/agenzia/impresa/organismo/lavoratore autonomo/libero professionista non è tenuto all'iscrizione INPS;

☐ (che l'Ente/agenzia/impresa/organismo/lavoratore autonomo/libero professionista non è tenuto all'iscrizione INAIL.

Avvertenza: Indicare eventuale/i numero/i di posizione/i del soggetto/Ente/impresa presso altro/i Istituto/i **diverso/i da INPS e INAIL**, che gestisca/no forme di assicurazione **obbligatoria**, specificando anche la sede del/i predetto/i Istituto/i (via, numero civico, città, CAP) e la matricola numerica o alfanumerica corrispondente alla posizione contributiva del soggetto presso detti Istituti:

DICHIARA INOLTRE

(barrare ciascuna dichiarazione e compilare i campi richiesti)

☐ (che il CCNL di riferimento per la determinazione delle retribuzioni e para retribuzioni del personale è il seguente:

--

(scegliere tra le opzioni riportate di seguito):

Edilizia; Edile con solo Impiegati e Tecnici; Abbigliamento; Acquedotti; Aerofotogrammetria; Agenzie Aeree, di Assicurazione, Ippiche e Marittime; Agricoltura con obbligo iscrizione INAIL; Agricoltura per conto terzi; Alimentari; Allevatori e consorzi zootecnici; Assicurazioni; Autorimesse e noleggio; Autostrade; Barbieri e Parrucchieri; Boschi e foreste; Bottoni; Budella e trippa; Calzature; Carta; Case di cura; Cemento; Ceramica e abrasivi; Chimica; Cinematografi e Cinematografia; Commercio; Concerie; Consorzi agrari e di bonifica; Credito; Dirigenti; Discografici; Elaborazione Dati; Emittenti Radio Televisive; Energia, energia elettrica, Enti di previdenza privatizzati; Ferrovie dello Stato; Formazione Professionale; Fotoincisori; Fotolaboratori; Gas e Gas Liquefatto; Giocattoli; Giornali quotidiani; Giornalisti; Gomme e materie plastiche; Grafica e Grafica editoriale; Interinali; Istituti, consorzi, vigilanza privata; Istituti Socio Assistenziali; Lampade e cinescopi; Lapidari; Laterizi; Lavanderie; Legno e arredamento; Magazzini generali; Maglieria; Marittimi; Metalmeccanica; Miniere; Pulizia urbana e igiene ambientale; Odontotecnici; Ombrelli; Oreficeria; Organismi esteri; Ortofrutticoli ed agrumari; Palestra ed impianti sportivi; Panificazione; Pelli e cuoio; Pesca marittima; Petrolio; Piloti collaudatori,

tecnici di volo collaudatori; Pompe funebri; Porti; Proprietari di fabbricati; Recapito; Retifici; Sacristi; Scuderie Ippodromi, Scuole laiche materne e religiose; Servizi in appalto ferrovie dello Stato; Servizi in appalto Ferrovie secondarie; Servizi postali in appalto; Servizi in appalto della Amministrazione Monopoli; Servizi in appalto per conto della Amministrazione della Difesa; Servizi Sanitari; Soccorso stradale; Spedizione e Trasporto Merci; Studi Professionali; Tabacco; Teatri e trattenimento; Telecomunicazioni; Terme; Tessili; Trasporti; Tributario; Turismo; Viaggiatori e piazzisti; Videofonografia; Enti pubblici.

☐ (che l'Agenzia/Impresa corrisponde al seguente "tipo ditta":

(scegliere tra le opzioni sottostanti)

datore di lavoro

gestione separata – titolare di reddito da lavoro autonomo di arte e professione

gestione separata – committente associante

lavoratore autonomo

Luogo e data

Firma e timbro

Il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire al trattamento dei dati sopraindicati ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data

Firma e timbro