



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

MA_{re}CI_{elo}SO_{le}TE_{rra}

Interventi volti a inserimenti lavorativi di persone prive di occupazione nei settori economici collegati alle professioni del mare, alla sostenibilità ambientale e agli interventi sul territorio

POR FSE SARDEGNA 2007/2013

ASSE II - OCCUPABILITÀ

Obiettivo specifico e)

Linea di attività e.1.1

Allegato III

Regolarità contributiva

Allegato III

Regolarità contributiva

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

Avviso MACISTE - Interventi volti a inserimenti lavorativi di persone prive di occupazione nei settori economici collegati alle professioni del mare, alla sostenibilità ambientale e agli interventi sul territorio.

Nota adempimenti preliminari prot. n. del

Il/La sottoscritto/a

nato a il

Codice Fiscale

residente nel Comune di Provincia

Via/Piazza n.

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

rilasciato da il

in qualità di Legale Rappresentante dell'Agenzia/Ente/Impresa/Organismo

avente Sede legale in

CAP Comune Provincia

Via/Piazza n.

e Sede operativa (se diversa da quella legale) in CAP

Comune Provincia

Via/Piazza n.

Telefono Fax

E-mail¹ dell'Agenzia/ente/impresa/organismo 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 ² Denominazione e sede Cassa Edile competente ²

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 residenza anagrafica del libero professionista per cui è richiesto il DURC

¹Specificare se trattasi di 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)

²da compilare nel caso di impresa edile

QUADRO D)

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

numero di 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 a 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)

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 con dipendenti**:

numero di posizione contributiva INPS del 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)
posizione INPS relativa ai dipendenti
posizione INAIL relativa ai dipendenti (solo nel caso in cui gli stessi siano soggetti ad assicurazione INAIL)

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

DICHIARA

(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:

N.	Tipologia contrattuale (es. dipendente, collaboratore a progetto, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Oppure

☐ che l'Agenzia/Impresa 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;

N.B: 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)

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; Fotoincisorii; 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; Nettezza 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 la dimensione aziendale dell'Agenzia/Impresa è la seguente:**(scegliere tra le opzioni sottostanti)**

- da 1 a 5
- da 6 a 15
- da 16 a 50
- da 51 a 100
- oltre 100

☐ che il numero degli addetti all'esecuzione del servizio affidato dalla Regione Autonoma della Sardegna è pari a

di cui

dipendenti

☐ 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

Dichiara inoltre che il luogo principale di esecuzione del servizio è il seguente:

via n.
cap città

Luogo, data

Firma leggibile

Il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire al trattamento dei dati sopraindicati ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm.ii.

Luogo, data

Firma leggibile