

ALL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA /B

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della Ditta \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ PI \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti dalle false attestazioni ed al fine di ottenere celermente un pagamento per importo complessivo inferiore ad euro 10.000 (diecimila)

**DICHIARA:**

- 1- Di accettare i pagamenti che la ASL effettuerà in proprio favore utilizzando le risorse ex DL 35/2013 con imputazione a sorte capitale anziché ad eventuali interessi e/o spese in caso di procedimento esecutivo in corso.
- 2- Di impegnarsi a rendere alla ASL dichiarazione di avvenuto incasso non appena ne avrà contezza e comunque non oltre giorni quindici dal ricevimento dell'importo.
- 3- Di essere in regola con i versamenti previdenziali e contributivi nonché nei confronti dell'Erario per imposte e tasse.
- 4- Di impegnarsi a contattare la ASL nel caso di discrepanza di qualsiasi tipo nel caso di non corrispondenza, anche solo formale tra le fatture pagate e quanto risultante dalla propria posizione creditoria.
- 5- Che i propri estremi identificativi ai fini della richiesta del DURC nonché del conto corrente bancario su cui effettuare il pagamento ai sensi della L 136/2010 sono quelli di cui al foglio allegato.

Allega copia del proprio documento di identità in corso di validità e sottoscritto in originale e nel caso in cui non sia rappresentante legale della Ditta allega altresì atto di conferimento delega.

Luogo, Data

Firma leggibile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA IN FAVORE DELL'A.S.L. ROMA /B

La Ditta/Azienda Società \_\_\_\_\_ nella persona del Legale

Rappresentante \_\_\_\_\_

DICHIARA

- Sede Legale sita in \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ P.Iva: \_\_\_\_\_

- Sede diversa dalla Sede Legale sita in \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

- che l'impresa ha aperto le posizioni previdenziali e assicurative di seguito specificate:  
**INPS:** sede di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

matricola n. \_\_\_\_\_

in caso di iscrizione presso più sedi indicarle tutte:

**INPS:** sede di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**INAIL:** sede di \_\_\_\_\_

Codice impresa \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PAT** \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

matricola n. \_\_\_\_\_

in caso di iscrizione presso più sedi indicarle tutte:

**INAIL:** sede di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- che l'Ufficio Provinciale del Lavoro – Servizio occupazione persone disabili è sito

in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- che la propria banca di appoggio, ai sensi della L. 136/2010

è: \_\_\_\_\_

agenzia \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

INOLTRE DICHIARA:

Consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da affermazioni mendaci o false:

1. di essere in regola con l'intera propria posizione contributiva
2. di avere sottoscritto la dichiarazione liberatoria in forma cartacea ovvero digitalmente sul portale regionale (cancellare la dichiarazione che non interessa)
3. di allegare copia sottoscritta del documento di identità della persona legalmente autorizzata a sottoscrivere la presente, oltre alla delega, nonché la liberatoria del punto precedente

Luogo, Data

e firma leggibile