

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

Codice fiscale o partita IVA \_\_\_\_\_

in qualità di persona fisica/legale rappresentante della società

\_\_\_\_\_  
(ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall'art. 73 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000:

- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti sul/la sottoscritto/a ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS e INAIL.

Data \_\_\_\_\_

Firma del proponente

\_\_\_\_\_