

DATI PER RICHIESTA DURC

Impresa	
Sede Legale	
Sede Operativa	
Codice fiscale/partita IVA	
Indirizzo e-mail	
Indirizzo Pec	
Tipo Ditta (barrare le caselle che interessano)	<input type="checkbox"/> Datore di Lavoro
	<input type="checkbox"/> Gestione Separata – Committente/Associante
	<input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo
	<input type="checkbox"/> Gestione Separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione
CCNL Applicato	
Numero Dipendenti	
Sede INAIL competente	
Codice assicurazione INAIL	
Sede INPS competente	
N. matricola INPS	

_____ li _____

il Dichiarante

Io sottoscritto/a _____ nella qualità di interessato dal trattamento

DICHIARO

di aver preso visione, avuto conoscenza e ricevuto copia della informativa di cui all'ALLEGATO 6 al bando.

Letto confermato e sottoscritto in _____, il _____

L'interessato
