

MODULO B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(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

\_\_\_\_\_

(regione sociale)

Codice fiscale o partita IVA:

\_\_\_\_\_

Sede legale: Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
Città \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 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. 445/00:  
- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;  
- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti su di me ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del proponente

\_\_\_\_\_

- Allegare documento d'identità