



Dichiarazione sostitutiva relativa all'iscrizione agli Ordini e ai Collegi professionali e posizione previdenziale

ai sensi dell'articolo 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto:

Nome e cognome		nata/o il	nel Comune di		Prov
Comune di residenza	CAP	Via	n.	Prov	

in qualità di **titolare/legale rappresentante** dell'associazione professionale¹:

Anagrafica						
Associazione Professionale	Denominazione/Ragione sociale				Forma giuridica	
Attività	Codice Istat Ateco dell'attività		Descrizione dell'attività			
Luogo di esercizio dell'attività svolta	Comune	CAP	Via	n.	Prov	
Dati	Codice fiscale		Partita IVA			

ovvero, in qualità di **libero professionista**

Anagrafica libero professionista					
Attività	Codice Istat Ateco dell'attività		Descrizione dell'attività		
Luogo di esercizio dell'attività svolta	Comune	CAP	Via	n.	Prov
Dati	Codice fiscale		Partita IVA		

CONSAPEVOLE delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso, e della **conseguente decadenza dai benefici** concessi sulla base di una

¹ In caso di associazione professionale compilare il seguente riquadro laddove sia disponibile una posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa dell'associazione stessa, altrimenti procedere all'indicazione delle posizioni dei singoli professionisti compilando l'apposito campo. Si ricorda che in tal caso, è necessario fornire le informazioni relative a tutti i singoli professionisti.



08f5a98b



dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*),

DICHIARA

di essere lavoratore dipendente o pensionato (*dato obbligatorio*): sì no

di essere professionista iscritta agli Ordini o ai Collegi professionali (*dato obbligatorio*):

Ordine/Collegio professionale a cui si è iscritti	
Numero di iscrizione	
Provincia di iscrizione	

di essere professionista iscritta alla Cassa previdenziale o istituto di previdenza (*dato obbligatorio*):

Cassa previdenziale o istituto di previdenza a cui si è iscritti (ai fini degli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi)	
Numero posizione	

e che nel luogo di esercizio dell'attività professionale (barrare una sola delle seguenti opzioni):

- l'attività viene esercitata dalla sottoscritta e dai propri dipendenti. Pertanto, i beni/servizi oggetto dell'investimento richiesto, saranno utilizzati unicamente dalla sottoscritta e non da altri professionisti;
- l'attività viene esercitata anche da altri professionisti, ma i beni/servizi oggetto dell'investimento richiesto saranno utilizzati unicamente dalla sottoscritta;
- l'attività viene esercitata anche da altri professionisti e i beni/servizi oggetto dell'investimento richiesto saranno condivisi anche dagli altri professionisti (nella Relazione tecnico descrittiva dal progetto, Allegato C, specificare quali beni/servizi saranno condivisi e la percentuale di condivisione) (art. 6.4 del bando "coworking").

di essere Associazione professionale **con** una propria posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa:

Cassa previdenziale o istituto di previdenza a cui si è iscritti (ai fini degli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi)	
Numero posizione	

di essere Associazione professionale **priva** di una propria posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa, che i singoli professionisti associati sono iscritti all'Ordine/Collegio professionale e che sono iscritti presso la Cassa previdenziale o Istituto di previdenza indicati nella tabella seguente:



08f5a98b



Cognome e Nome	Codice Fiscale	Ordine/Collegio professionale	n. iscrizione e Provincia	Cassa previdenziale o Istituto di previdenza	Numero posizione

di essere professionista aderente alle associazioni professionali contenute nell'elenco di cui al comma 7 all'articolo 2 della legge 14 gennaio 2013, n. 4 "Disposizioni in materia di professioni non organizzate";

- di essere iscritta all'Associazione professionale (*specificare*) _____;
- di essere iscritta, ai fini degli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, presso la Gestione separata INPS prevista dall'art. 2. Comma 26 della Legge 335/95, con il numero _____;

di non avere una posizione previdenziale o assicurativa aperta per le seguenti motivazioni:

AUTORIZZA

l'Amministrazione concedente al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti con la presente dichiarazione, per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e della riservatezza e ai sensi dell'articolo 38 del citato DPR n. 445/2000.

Località e data

Firma

(apporre la firma digitale)

Per le informazioni relative al trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, si rinvia a quanto descritto all'articolo 17 del Bando, pubblicato all'indirizzo:
<https://bandi.regione.veneto.it/Public/Elenco?Tipo=1>



08f5a98b

