**ALLEGATO B**

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………………………….

Nome Cognome

Nato a…………………………………………………………………………………………………….…………………………….

(Luogo di nascita: comune e provincia o Stato estero) (Data di nascita: GG/MM/AA)

In qualità di rappresentante legale di……………………………………………………………………………………………………...

(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445) (ente.)

consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 nel caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale, falsità in atti, uso di atti falsi, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

**DICHIARA**

che le seguenti informazioni sono esatte e corrispondenti al vero:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCHEDA ANAGRAFICA DELL’ENTE BENEFICIARIO** | | | |  |
| **Denominazione:** |  | | | |
| **Forma giuridica :** | | | | |
| Data di costituzione: | | Codice fiscale: | Partita IVA (se diversa dal codice fiscale) | |
| **Domicilio fiscale**  (se diverso dalla sede legale) | Indirizzo, Comune, Provincia, CAP | | | |

**SEDE LEGALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Regione: | | Provincia: |
| Comune: | CAP | Via, viale, piazza e numero civico |
| Telefono | | e-mail (obbligatoria ai fini dell’inserimento della scheda anagrafica nel sistema informatico regionale) |

**INDIRIZZO PEC PER COMUNICAZIONI (**obbligatoria ai sensi degli artt.9 e 13 dell’Avviso**)**

Per i soggetti di cui all’art. 3 lettera c):

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI CONTRIBUTIVI PER LA RICHIESTA DEL RILASCIO DEL D.U.R.C.** | |
| Contratto collettivo applicato | Numeri dipendenti |
| Iscrizione INAIL | Posizione INAIL |
| Sede INAIL | Iscrizione INPS |
| Posizione INPS | Sede INPS |

MODALITA’ DI PAGAMENTO

C/C n………….…. …ABI…………..CAB…………. IBAN…………………………………………………

Il legale rappresentante (dell’ente singolo o dell’ente capofila)

Firma

Nome e Cognome