

BANDO "VOUCHER DIGIT VDA"
Programma Regionale Valle d'Aosta F.E.S.R. 2021/2027
Decisione di esecuzione della commissione del 12/09/2022 C (2022) 6593
Azione A.ii.2 "Supporto all'introduzione di tecnologie digitali nelle imprese"
Delibera di Giunta Camerale n. 72 del 16/09/2025
CUP D66G25000000009

Modulo posizione INPS/INAIL

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ PER SOGGETTI CHE NON HANNO POSIZIONE INPS/INAIL

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

AI FINI DELLA VERIFICA DELLA REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

Il/La Sottoscritto/a

Cognome:

Nome:

In qualità di: ☐ titolare ☐ legale rappresentante

Dell'impresa:

Cod. fiscale:

P.IVA:

ID Progetto: Bando "Voucher DIGIT VDA"

C.C.N.L. applicato:

- ☐ edilizia
- ☐ edile con soli impiegati e tecnici
- ☐ altri settori (specificare quale)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, a tal fine

DICHIARA

di essere ai fini del non obbligo assicurativo **INAIL** (barrare la casella d'interesse):

- ☐ titolare ditta individuale commercio senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)

☐ agente di commercio che svolge attività in forma autonoma e non societaria senza ausilio di dipendenti, familiari e collaboratori a vario titolo (parasubordinati, co.co.co., co.co.pro, mini co.co.co., stagisti, tirocinanti, allievi di corsi di addestramento professionale, addetti a lavori socialmente utili, addetti a lavori di pubblica utilità)

☐ altro (specificare) _____

nonché di non essere soggetto agli obblighi assicurativi, non ricorrendone i presupposti, previsti agli artt. 1 e 4 della Legge n. 1124 del 30/6/1965.

DICHIARA, INOLTRE

Ai fini del non obbligo di imposizione **INPS** (barrare la casella d'interesse):

☐ di essere lavoratore dipendente con versamento della contribuzione a INPS/INPDAP/ENPALS (barrare gli enti non interessati)

☐ di versare la contribuzione alla seguente cassa Professionale _____

☐ altro (specificare) _____

DICHIARA ALTRESÌ

- di rendere le precedenti dichiarazioni ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art. 76 del citato DPR 445/2000.;
- di aver preso visione dell'allegata Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679.

***Attenzione: Il presente modulo deve essere compilato a video e firmato digitalmente dal titolare/legale rappresentante dell'impresa in modalità CAdES ed avere estensione .p7m.
Non sono accettati moduli stampati, successivamente scansionati e allegati.***