

**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

(ragione 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. 445/2000:

- di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- che sono stati assolti tutti gli obblighi legislativi e contrattuali incombenti sul sottoscritto/a ovvero sulla società/ente di cui sono legale rappresentante nei confronti di INPS ed INAIL.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 disponibile alla pagina IMOL <https://imol.comune.padova.it/moduli-per-categoria/informativa-modulistica-ru>

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

Firma del proponente

\_\_\_\_\_

L'istanza può essere sottoscritta:

- digitalmente;
- in forma autografa, allegando la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità