|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unione Europea**  **Fondo Sociale Europeo** | **Repubblica Italiana** |  |  |

**ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE**

**ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE**

**Direzione Generale**

**Servizio della Governance della Formazione Professionale**

**ALLEGATO 2**

|  |
| --- |
| **Apprendistato Professionalizzante o Contratto di Mestiere**  **(art. 4 D.Lgs. 14 settembre 2011, n.167)**  **Avviso Pubblico per la presentazione e la validazione**  **dell’Offerta Formativa Pubblica** |

**Regolarità contributiva**

**Allegato 2**

***DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA PER LA RICHIESTA DEL DURC***

**Il/La sottoscritto/a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_

munito di documento di identità **(che si allega in copia) n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di Legale Rappresentante dell’Agenzia/ente/impresa/organismo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente sede legale nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e sede operativa (se diversa da quella legale) nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_

tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail[[1]](#footnote-1) dell’Agenzia/ente/impresa/organismo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUADRO A)**

Compilare nel caso in cui l'impresa rientri nel tipo ditta “**DATORE DI LAVORO”** (soggetti che hanno alle dipendenze lavoratori subordinati, e possono occupare anche lavoratori con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, resa anche nella modalità a progetto, aventi per oggetto attività svolte senza vincolo di subordinazione)**:**

INAIL codice ditta n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INAIL posizioni assicurative territoriali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INPS matricola azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INPS sede territoriale competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Ditta Cassa Edile 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione e sede Cassa Edile competente[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO B)**

Compilare nel caso in cui l'impresa rientri nel tipo ditta “**GESTIONE SEPARATA – Committenti-Associanti”** (soggetti che occupano esclusivamente lavoratori con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, resa anche nella modalità a progetto, aventi per oggetto la prestazione di attività svolte senza vincolo di subordinazione):

Codice fiscale dell' impresa/agenzia committente/associante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP della sede legale della posizione per cui è richiesto il DURC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO C)**

Compilare nel caso in cui l'impresa rientri nel tipo ditta “**GESTIONE SEPARATA – Titolari di reddito di lavoro autonomo di arte e professione” (liberi professionisti)**:soggetti iscritti alla gestione separata.

Codice fiscale del libero professionista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP della residenza anagrafica del libero professionista per cui è richiesto il DURC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO D)**

Compilare nel caso di **LAVORATORI AUTONOMI (soggetti iscritti alla gestione artigiani e commercianti):**

Numero di posizione contributiva INPS individuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede INPS competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO** **E)**

Compilare nel caso di **Agenzia formativa, organismo o impresa priva di dipendenti (non rientrante nel quadro D):**

numero di posizione contributiva INPS relativa al titolare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INPS competente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero di posizione INAIL relativa al titolare (solo nel caso in cui lo stesso sia soggetto ad assicurazione INAIL) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INAIL competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO F)**

Compilare nel caso di **impresa artigiana con dipendenti**

numero di posizione contributiva INPS relativa al titolare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INPS competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero di posizione INAIL relativa al titolare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INAIL competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero di posizione INPS relativa ai dipendenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INPS competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero di posizione INAIL relativa ai dipendenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INAIL competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO G)**

Compilare nel caso di **impresa agricola con dipendenti:**

numero di posizione contributiva INPS del titolare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INPS competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero di posizione INAIL relativa al titolare (solo nel caso in cui lo stesso sia soggetto ad assicurazione INAIL) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INAIL competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posizione INPS relativa ai dipendenti **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

posizione INAIL relativa ai dipendenti (solo nel caso in cui gli stessi siano soggetti ad assicurazione INAIL) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede INAIL competente \_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**indicare via, numero civico, città e CAP della sede competente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

***(barrare, tra le due alternative sottostanti, l'opzione corrispondente e compilare i campi richiesti)***

* che l' organico dell’ultimo anno dell’Agenzia/Impresa, è il seguente:

|  |  |
| --- | --- |
| N. | Tipologia Contrattuale (es. dipendente, collaboratore a progetto etc. ) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Oppure**

* che l'Agenzia/Impresa **non** ha attualmente dipendenti

**DICHIARA**

**(barrare l'opzione corrispondente)**

* che l'Ente/agenzia/impresa occupa **esclusivamente** lavoratori con rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, resa anche nella modalità a progetto, aventi per oggetto la prestazione di attività svolte senza vincolo di subordinazione;
* che l'Ente/agenzia/impresa/organismo/lavoratore autonomo/libero professionista **non** è tenuto all'iscrizione INPS;
* che l'Ente/agenzia/impresa/organismo/lavoratore autonomo/libero professionista **non** è tenuto all'iscrizione INAIL.

**N.B** Indicare eventuale/i numero/i di posizione/i del soggetto/Ente/impresa presso altro/i Istituto/i **diverso/i da INPS e INAIL**, che gestisca/no forme di assicurazione **obbligatoria,** specificando anche la sede del/i predetto/i Istituto/i (via, numero civico, città, CAP) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

**(barrare ciascuna dichiarazione e compilare i campi richiesti)**

* cheil CCNL di riferimento per la determinazione delle retribuzioni e para retribuzioni del personale è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**scegliere tra le opzioni riportate di seguito)**:

Edilizia; Edile con solo Impiegati e Tecnici; Abbigliamento; Acquedotti; Aerofotogrammetria; Agenzie Aeree, di Assicurazione, Ippiche e Marittime; Agricoltura con obbligo iscrizione INAIL; Agricoltura per conto terzi; Alimentari; Allevatori e consorzi zootecnici; Assicurazioni; Autorimesse e noleggio; Autostrade; Barbieri e Parrucchieri; Boschi e foreste; Bottoni; Budella e trippa; Calzature; Carta; Case di cura; Cemento; Ceramica e abrasivi; Chimica; Cinematografi e Cinematografia ; Commercio; Concerie; Consorzi agrari e di bonifica; Credito; Dirigenti; Discografici; Elaborazione Dati; Emittenti Radio Televisive; Energia, energia elettrica, Enti di previdenza privatizzati; Ferrovie dello Stato; Formazione Professionale; Fotoincisori; Fotolaboratori; Gas e Gas Liquefatto; Giocattoli; Giornali quotidiani; Giornalisti; Gomme e materie plastiche; Grafica e Grafica editoriale; Interinali; Istituti, consorzi, vigilanza privata; Istituti Socio Assistenziali; Lampade e cinescopi; Lapidei; Laterizi; Lavanderie; Legno e arredamento; Magazzini generali; Maglieria; Marittimi; Metalmeccanica; Miniere; Nettezza urbana e igiene ambientale; Odontotecnici; Ombrelli; Oreficeria; Organismi esteri; Ortofrutticoli ed agrumari; Palestra ed impianti sportivi; Panificazione; Pelli e cuoio; Pesca marittima; Petrolio; Piloti collaudatori, tecnici di volo collaudatori; Pompe funebri; Porti; Proprietari di fabbricati; Recapito; Retifici; Sacristi; Scuderie Ippodromi, Scuole laiche materne e religiose; Servizi in appalto ferrovie dello Stato; Servizi in appalto Ferrovie secondarie ; Servizi postali in appalto; Servizi in appalto della Amministrazione Monopoli; Servizi in appalto per conto della Amministrazione della Difesa; Servizi Sanitari; Soccorso stradale; Spedizione e Trasporto Merci ; Studi Professionali; Tabacco; Teatri e trattenimento; Telecomunicazioni; Terme; Tessili; Trasporti; Tributario; Turismo; Viaggiatori e piazzisti; Videofonografia; Enti pubblici.

* che la dimensione aziendale dell'Agenzia/Impresa è la seguente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(scegliere tra le opzioni sottostanti):**
* da 1 a 5
* da 6 a 15
* da 16 a 50
* da 51 a 100
* oltre 100
* che il numero degli addetti all'esecuzione del servizio affidato dalla Regione Autonoma della Sardegna è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dipendenti.
* che l'Agenzia/Impresa corrisponde al seguente “tipo ditta”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(scegliere tra le opzioni sottostanti):**
* datore di lavoro
* gestione separata – titolare di reddito da lavoro autonomo di arte e professione
* gestione separata – committente associante
* lavoratore autonomo

**Dichiara inoltre** che il luogo principale di esecuzione del servizio è il seguente:

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo, data)

(Firma leggibile)

**Il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire al trattamento dei dati sopraindicati ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm.ii.**

(Luogo,data)

(Firma leggibile)

1. *Specificare se trattasi di PEC. Nel caso in cui l'impresa non disponesse di indirizzo e-mail, indicare l' e-mail del commercialista/consulente del lavoro dell'impresa/agenzia stessa o di altro soggetto agevolmente reperibile.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *da compilare nel caso di impresa edile.* [↑](#footnote-ref-2)