|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 C**

|  |
| --- |
| **Apprendistato Professionalizzante o Contratto di Mestiere*****(art. 4 D.Lgs. 14 settembre 2011, n.167)*** **Linee Guida per la progettazione e la gestione dell’offerta formativa pubblica nell’ambito del contratto di apprendistato professionalizzante o contratto di mestiere** |

**DURC IMPRESA**

**Allegato C – (Durc Impresa)**

***Regolarità contributiva***

***Dichiarazione volta a consentire l’acquisizione d’ufficio 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)**

**C**ompilare 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)