Allegato 9

Modulo informazioni per DURC

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

**FONDO TRANCHED COVER – SVILUPPO CAMPANIA S.P.A.**

**COMUNICAZIONE DEI DATI DELL’IMPRESA BENEFICIARIA AI FINI DELLA RICHIESTA DEL DURC**

Il sottoscritto (cognome e nome) ……………………………………………………………….……………. nato a ………………………….………….………….. il ……………………………………………, nella qualità di legale rappresentante dell’impresa *(denominazione e ragione sociale*)……………………………………………………………………………………………………. con codice fiscale/partita IVA …………………………….………………………………………………….….………………… e sede legale in ………………………………….………………..,

**DICHIARA**

Che i dati identificativi dell’impresa ai fini della compilazione della richiesta per l’ottenimento del **DURC** da parte di Sviluppo Campania S.p.A. sono i seguenti:

RECAPITO CORRISPONDENZA (selezionare sede legale o sede operativa):

❒(sede legale) ………………………….…………………………………………..

❒(sede operativa) ……………………..………………………………………….

INDIRIZZO E-MAIL: …………………………………………………………………….

PEC: ……………………………………………………………

CCNL APPLICATO AL PERSONALE DIPENDENTE: …………………………………………..(indicare il settore)

DIMENSIONE AZIENDALE: …………(indicare numero dipendenti dal libro unico del lavoro)

CODICE FISCALE: ………………………………………………….

PARTITA IVA: …………………………………………………

MATRICOLA INPS: …………………………

DATA:FIRMA E TIMBRO

*Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità*