

**DA.06 - REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ PROFESSIONISTI ASSOCIATI**

**DICHIARAZIONE AUTOCERTIFICATIVA**

*resa ai sensi degli Artt.46 e 47 del DPR 445/2000*

I sottoscritto  nato il  residente nel Comune di   
 in via/fra./loc. ,  
n. , CAP , Prov.  in qualità di   
dello studio associato/società   
con sede nel Comune di  in via/fra./loc. ,  
n. , CAP , Prov.  P.IVA

**DICHIARA**

***di possedere, alla data degli eventi sismici del  ed alla data di presentazione della  
domanda di contributo, i seguenti requisiti:***

- l'unità immobiliare identificata al NCEU del Comune di ,  
foglio , particella , sub , era ed è utilizzata per lo svolgimento  
dell'attività professionale in forma associata dallo Studio .  
Di seguito l'elenco dei professionisti appartenenti all'associazione (indicare l'attività svolta nonché l'eventuale  
iscrizione all'ordine o collegio professionale):  
  
  
  
  
  
;  
• che il sopracitato studio/ società era ed è in regola con gli obblighi contributivi, per quanto riguarda la correttezza nei  
pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali ed assicurativi nei confronti di INPS e INAIL, fatte salve le  
agevolazioni e sospensioni stabilite dal *decreto-legge n. 189 del 2016* o da altre disposizioni vigenti.

*(scegliere la condizione che ricorre)*

☐ di avere presentato domanda di delocalizzazione ai sensi dell'O.C. n. 9/2016 Prot. n.

del  autorizzata con Decreto n.  del  ;

☐ di non avere presentato domanda di delocalizzazione ai sensi dell'O.C. n. 9/2016.

Allegati:

- Documento di identità in corso di validità

Firma

---