**REGIONE ABRUZZO**

**Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università**

**FASE B**

**ALLEGATO 3.B – Dichiarazione sostitutiva di certificazione[[1]](#footnote-1) requisiti soggettivi dei soci (da compilare SOLO in caso di società/cooperative/studi associati)**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |       |
|  | Cognome e Nome del firmatario della domanda  |
| nato/a  |       |
|  | Luogo e data di nascita |
| residente  |       |
|  | Comune, via – Prov. – CAP  |
| codice fiscale |       |
|  | Codice fiscale personale |
| in qualità di |       |
|  | Titolare/legale rappresentante/libero professionista dell’impresa da costituire |

|  |
| --- |
| **DICHIARA**ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penali previste, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 |

* che la composizione societaria sarà la seguente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **cognome** | **nome** | **luogo e data di nascita** | **residenza (via, comune, provincia)** | **ruolo** |  |
|   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |

*(aggiungere altre righe se necessarie)*

* che il **possesso dei requisiti soggettivi**, ai sensi dell’articolo 6.1 e dell’articolo 7.4, sarà assolto dai sottoelencati soci:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **cognome** | **nome** | **luogo e data di nascita** | **Comune di residenza** | **%le quote** |
|   |   |   |   |  |
| DID rilasciata presso il CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ***Barrare se ricorre:***[ ]  lavoratori in mobilità/percettori di altri ammortizzatori sociali (a far data dal 01.01.2016). |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **cognome** | **nome** | **luogo e data di nascita** | **Comune di residenza** | **%le quote** |
|   |   |   |   |  |
| DID rilasciata presso il CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ***Barrare se ricorre:***[ ]  lavoratori in mobilità/percettori di altri ammortizzatori sociali (a far data dal 01.01.2016). |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **cognome** | **nome** | **luogo e data di nascita** | **Comune di residenza** | **%le quote** |
|   |   |   |   |  |
| DID rilasciata presso il CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ***Barrare se ricorre:***[ ]  lavoratori in mobilità/percettori di altri ammortizzatori sociali (a far data dal 01.01.2016). |  |

*(aggiungere altri riquadri se necessari)*

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma**

(firma resa autentica **allegando copia di documento** di identità ai sensi dell’art. 38 DPR 445/2000)

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

1. NB: la presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione. L’Amministrazione si riserva di effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, co. 1, DPR 445/2000). [↑](#footnote-ref-1)