

**MODULO N.9**  
**DICHIARAZIONE SULLA CORRETTEZZA CONTRIBUTIVA**  
**Avviso pubblico finanziamento tirocini curriculari retribuiti A.A. 2024/2025**

**All'Azienda Regionale DSU Toscana**

Servizio Gestione Interventi FSE e Accertamenti  
Viale A. Gramsci, 36 50132 Firenze  
dsutoscana@postacert.toscana.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
(da compilare a cura del Legale Rappresentante del Soggetto Ospitante)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_  
Con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Con espresso riferimento alla Ditta che rappresenta, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi confronti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

Che la ditta \_\_\_\_\_ attesta la propria correttezza contributiva in materia fiscale e la correttezza contributiva assicurativa, assistenziale e previdenziale secondo la normativa sulla tutela dei lavoratori ai fini della liquidazione dell'importo ad essa dovuto.

Posizione INAIL \_\_\_\_\_

Posizione INPS \_\_\_\_\_

Codice ditta \_\_\_\_\_

Numero dipendenti \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

**N.B.: ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**