

Al Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali  
 Direzione Generale per le Politiche Previdenziali  
 ed assicurative- Divisione VII  
 Via Flavia 6 – 00187 ROMA  
[dgprevidenza@pec.lavoro.gov.it](mailto:dgprevidenza@pec.lavoro.gov.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

**OGGETTO: COMUNICATO 2016 “Indennità di malattia per i lavoratori del trasporto pubblico locale, ai sensi dell’art. 1, comma 273, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.” Anno di competenza 2015.**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....Codice fiscale.....  
 nato/a a .....provincia.....  
 il.....residente.....  
 via/piazza..... n° .....  
 in qualità di rappresentante legale dell’azienda.....  
 natura giuridica .....  
 partita IVA/Codice Fiscale.....  
 con sede legale in .....  
 provincia.....cap.....  
 via/piazza.....n° .....  
 telefono.....fax.....indirizzo PEC..... Indirizzo e-mail.....  
 matricola INPS ..... Matricola INAIL.....

consapevole delle responsabilità penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

1. che tutti gli elementi giuridico - contabili richiesti e riportati nell’allegato 3) Tabella Oneri sono veritieri, riferiti esclusivamente al personale addetto ai servizi di trasporto pubblico locale, a carico dell’azienda derivanti dalla applicazione della contrattazione nazionale di settore, successiva al 1 gennaio 2005, in materia di malattia;
2. che l’importo totale ( C+D) di euro ( in cifre) .....in lettere)..... della Tabella Oneri (Allegato 3), da recuperare con le modalità stabilite dal D.I. 6 agosto 2007, è riferito alle indennità di malattia effettivamente erogate al personale alle dipendenze dell’azienda addetto al trasporto pubblico locale per l’anno di competenza 2015;
3. che la presente istanza riguarda l’onere complessivo sostenuto per tutte le unità di personale addette al servizio di trasporto pubblico locale in tutte le unità operative, comunque denominate ed ovunque ubicate, indicate nella dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio, Industria ed Artigianato (Allegato n. 2);

4. che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, è/non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, ha/non ha in corso alcuna procedura concorsuale.....
5. che gli oneri indicati nella Tabella per l'anno 2015 vengono dichiarati anche per il rimborso degli importi relativi alle aziende oggetto di acquisizione a qualsiasi titolo nell'anno 2015 (specificare data di acquisizione).....  
.....
6. di essere a conoscenza delle norme relative a controlli, revoche dei benefici e sanzioni;
7. di impegnarsi a comunicare le modifiche che dovessero intervenire nell'assetto societario o gestionale indicato nella presente dichiarazione;
8. di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal d.lgs. 30.6.2003, n. 196 e s.m.i., ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Nome cognome stampatello/ timbro.....Firma.....

Firma per esteso del legale rappresentante (o del procuratore speciale - allegare procura)

La dichiarazione è sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445/2000)

Luogo.....Data.....

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71, comma 1 DPR 445/2000).