

**REGIONE ABRUZZO****Dipartimento Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università****FASE B****ALLEGATO 3.B – Dichiarazione sostitutiva di certificazione<sup>1</sup> 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)*

<sup>1</sup> 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).

- 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 _____				
<b>Barrare se ricorre:</b>				
<input type="checkbox"/> 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 _____				
<b>Barrare se ricorre:</b>				
<input type="checkbox"/> 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 _____				
<b>Barrare se ricorre:</b>				
<input type="checkbox"/> 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)

\_\_\_\_\_