

Modulo unificato	Quadro C	C.I.P. /Prot.	
C1	<input type="checkbox"/> Richiesta di regolarità contributiva per: Forniture <input type="checkbox"/> - Servizi <input type="checkbox"/>		
C2	<input type="checkbox"/> <i>Verifica autodichiarazione alla data del</i> ___/___/___		
C3	<input type="checkbox"/> Aggiudicazione gara d'appalto alla data del ___/___/___		
C4	<input type="checkbox"/> Stipula contratto		
C5	<input type="checkbox"/> Stipula convenzione		
C6	<input type="checkbox"/> Rilascio concessione		
C7	<input type="checkbox"/> Emissione ordinativo		
C8	<input type="checkbox"/> Liquidazione finale e regolare esecuzione		
C9	<input type="checkbox"/> Liquidazione fattura		
C10	<input type="checkbox"/> Richiesta di regolarità contributiva per iscrizione albo fornitori		
C11	<input type="checkbox"/> Richiesta di regolarità contributiva per attestazione SOA alla data del ___/___/___		
C12	<input type="checkbox"/> Richiesta di regolarità contributiva per agevolazioni, finanziamenti e sovvenzioni		
C13	<input type="checkbox"/> <i>Richiesta di regolarità contributiva per lavori privati in edilizia</i>		
I	TIPO RICHIEDENTE *	<input type="checkbox"/> Azienda	<input type="checkbox"/> Intermediario
		<input type="checkbox"/> Stazione Appaltante	<input type="checkbox"/> SOA
II	RICHIEDENTE		
1	Codice Fiscale *	E-mail	
2	Denominazione / ragione sociale *		
3	Indirizzo *	cap	Comune
		Via/Piazza	Pr
			N°
III	IMPRESA		
1	Codice Fiscale *	E-mail	
2	Denominazione / ragione sociale *		
3	Sede legale *	cap	Comune
		Via/Piazza	Pr
			N°
4	Sede operativa *	cap	Comune
		Via/Piazza	Pr
			N°
5	Indirizzo attività (1)	cap	Comune
		Via/Piazza	Pr
			N°
6	Recapito corrispondenza *	<input type="checkbox"/> sede legale oppure <input type="checkbox"/> sede operativa	
7	Tipo impresa *	<input type="checkbox"/> impresa <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo	
8	C.C.N.L. applicato *	<input type="checkbox"/> Edile Industria <input type="checkbox"/> Edile P.M.I. <input type="checkbox"/> Edile Cooperazione <input type="checkbox"/> Edile Artigianato <input type="checkbox"/> Altro non edile	Durata del servizio (3) Dal ___/___/___ Al ___/___/___
9	Importo appalto (Iva escl.) € (2)	Totale addetti al servizio (3)	
IV	ENTI PREVIDENZIALI		
1	INAIL - codice ditta *	INAIL - Posizioni assicurative territoriali *	
2	INPS - matricola azienda *	INPS - sede competente *	
3	INPS - posizione contributiva individuale titolare / soci imprese artigiane *	INPS - sede competente *	
4	CASSA EDILE - codice impresa *	CASSA EDILE - codice cassa *	

(1) campo obbligatorio solo per aziende artigiane e commercianti

(2) campo obbligatorio per forniture e servizi scelta da C2 a C9

(3) campo obbligatorio per appalto di servizi

(*) campi obbligatori

Luogo /data
.....

firma richiedente
.....