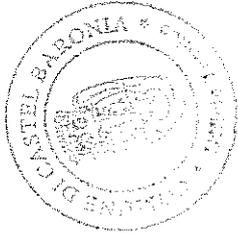


ALLEGATO C

Modulo unificato per richiesta DURC



Modulo unificato		Quadro A		C.I.P. / Prot.		
A1	TIPO RICHIEDENTE			<input type="checkbox"/> Azienda	<input checked="" type="checkbox"/> Stazione Appaltante	
A2	<input checked="" type="checkbox"/> Appalto di lavori pubblici	<input type="checkbox"/> Appalto pubblico di forniture	<input type="checkbox"/> Appalto pubblico di servizi			
A3	<input checked="" type="checkbox"/>	Stipula contratto / convenzione / concessione				
A4	<input type="checkbox"/>	Stato di avanzamento lavori alla data del ___/___/___ (1)				
A5	<input type="checkbox"/>	Liquidazione finale / Regolare esecuzione lavori alla data del ___/___/___ (1)				
A6	<input type="checkbox"/>	Emissione ordinativo / Liquidazione fattura (2)				
A7	TIPO CONTRATTO			<input checked="" type="checkbox"/> Appalto	<input type="checkbox"/> Subappalto	<input type="checkbox"/> Affidamento
A8	RECUPERO CIP					
I STAZIONE APPALTANTE						
1	Codice Fiscale *	81000850644		E-mail *		E-mail PEC
2	Denominazione / ragione sociale *	Comune di Castel Baronia ufficiotecnico@comunecastelbaronia.it ufficiotecnico@pec.comunecastelbaronia.it				
3	Indirizzo *	Cap	83040	Comune	CASTEL BARONIA	Pr AV
		Via/Piazza	Via Regina Margherita			N° 1
II APPALTO/GARA						
1	Codice identificativo gara (CIG)*	5238141AB0			<input type="checkbox"/> Assenza CIG	
2	Protocollo n. *	Del *		Tipo appalto/gara *	Procedura aperta	
3	Importo appalto *	€. 513.000,00		Incidenza % manodopera *		
III CANTIERE / LUOGO DI ESECUZIONE DELL'APPALTO						
1	Oggetto dell'appalto *	Lavori di adeguamento strutturale dell'edificio adibito a Scuola dell'Infanzia				
2	Indirizzo *	Cap	83040	Comune	CASTEL BARONIA	Pr AV
		Via/Piazza	Regina Margherita			N° 1
IV APPALTATORE						
1	Tipologia soggetto aggiudicatario *					
2	Codice Fiscale *		E-mail *		E-mail PEC	
3	Denominazione / ragione sociale *					
4	Sede legale *	Cap		Comune		Pr
		Via/Piazza				N°

(*) campo obbligatorio

(1) relativo ai soli lavori pubblici - data valida solo per le Casse Edili

(2) relativo alle sole forniture e servizi



Modulo unificato	Quadro B	C.I.P. /Prot.	
------------------	----------	---------------	--

I IMPRESA ESECUTRICE																							
1	Tipo ditta *	<input type="checkbox"/> Datore di lavoro	<input type="checkbox"/> Gestione separata – Committente/Associante																				
		<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione																				
2	Codice Fiscale *		E-mail																				
		Fax (1)	E-mail PEC (2)																				
3	Denominazione / Ragione Sociale *																						
4	Sede legale *	cap	Comune																				
		Via/Piazza	Pr																				
			N°																				
5	Sede operativa / Indirizzo attività *	cap	Comune																				
		Via/Piazza	Pr																				
			N°																				
6	Recapito corrispondenza *	<input type="checkbox"/> sede legale	<input type="checkbox"/> sede operativa																				
			<input type="checkbox"/> PEC																				
7	Lavori/Forniture/Servizi *	<input type="checkbox"/> eseguiti	<input type="checkbox"/> da eseguire																				
8	C.C.N.L. applicato *	<input type="checkbox"/> Edilizia																					
		<input type="checkbox"/> Edile con solo impiegati e tecnici																					
		<input type="checkbox"/> Altri settori																					
9	Dimensione aziendale (3)	<input type="checkbox"/> da 1 a 5	<input type="checkbox"/> da 6 a 15																				
		<input type="checkbox"/> da 16 a 50	<input type="checkbox"/> da 51 a 100																				
			<input type="checkbox"/> oltre 100																				
10	Totale lavoratori per l'esecuzione dell'appalto (3)(4)		di cui dipendenti																				
11	Data inizio lavori/appalto (4)	/ /	Data fine lavori/appalto (4)																				
12	Sospensione lavori	Dal / /	Al / /																				
13	Importo IVA esclusa *		Incidenza % manodopera (4)																				
II LAVORAZIONI (Vedere le istruzioni per la compilazione)																							
1	Codice lavorazione *	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
III ENTI PREVIDENZIALI																							
1	INAIL - codice ditta *		INAIL – sede competente *																				
2	INPS – matricola azienda *		INPS – sede competente *																				
	INPS – codice fiscale *		INPS – sede competente *																				
	INPS – pos. contr. individuale*		INPS – sede competente *																				
3	CASSA EDILE – codice impresa *		CASSA EDILE – sede competente *																				

(*) campi obbligatori

(1) campo obbligatorio in assenza di e-mail PEC

(2) campo obbligatorio in assenza di numero Fax

(3) campo obbligatorio solo per Datore di lavoro

(4) campo obbligatorio solo per lavori pubblici e, per le date, se i lavori sono già eseguiti o se è stata barrata la casella A4 o A5 del quadro A



Data

L'impresa (timbro e firma)
