

**COMUNICAZIONE A SEGUITO DI SUBAPPALTO**  
**(DATI RICHIESTI IN APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO DI LEGALITA' CHE**  
**VERRANNO TRASMESSI AL CAPE DI BRESCIA)**

AI COMUNE DI BRESCIA  
Settore Strade  
Via Marconi, 12  
25128 – BRESCIA

**OGGETTO:** “opere ”

**-Codice CIG**  **Codice procedura:**

Il sottoscritto  in qualità di (Titolare, Legale Rappresentante o Procuratore)  dell'operatore economico di seguito indicato

<b>IMPRESA SUBAPPALTATRICE</b>	
<p style="text-align: center;">RAGIONE SOCIALE:</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p style="text-align: center;">CF/ID AZIENDA:</p> <p>C.F. <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>P.IVA <input style="width: 80%;" type="text"/></p>
<p style="text-align: center;">N. ISCRIZIONE ALLA CASSA EDILE:</p> <input style="width: 90%;" type="text"/>	

a seguito di richiesta di Subappalto da parte dell'operatore economico aggiudicatario,

per cui è in corso la verifica dei requisiti al fine della successiva autorizzazione per lavori di

in misura del  per la categoria

**DICHIARA QUANTO SEGUE:**

1) che il contratto applicato ai dipendenti che saranno addetti al cantiere è il seguente:

- settore edile
- (indicare altro contratto applicato)

2) che in relazione al punto n. 1, il costo medio tabellare, applicato ai dipendenti che saranno addetti al cantiere, è determinato nella seguente misura oraria:

LIVELLO DI INQUADRAMENTO <i>(riportare le sole figure che verranno utilizzate in cantiere)</i>		
	<i>In cifre</i>	<i>In lettere</i>
operaio IV livello	<input type="text"/>	<input type="text"/>
operaio specializzato	<input type="text"/>	<input type="text"/>
operaio qualificato	<input type="text"/>	<input type="text"/>
operaio comune	<input type="text"/>	<input type="text"/>
impiegato: assistente tecnico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
impiegato: categoria <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
impiegato: categoria <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DICHIARA INFINE DI MANTENERE LE SEGUENTI POSIZIONI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVE:**

**INPS**

Posizione nr: <input type="text"/>	Codice Statistico Contributivo (CSC): <input type="text"/>	Sede di: <input type="text"/>
---------------------------------------	---	----------------------------------

**INAIL**

Codice ditta: <input type="text"/>	Posizione assicurativa territoriale (PAT) nr: <input type="text"/>	Tasso INAIL applicato all'Impresa: <input type="text"/>	Sede di: <input type="text"/>
---------------------------------------	---	--	----------------------------------

e di essere in regola con i relativi versamenti (specificare, se del caso, i motivi della mancata iscrizione: )

Luogo  Data

.....  
*(documento firmato digitalmente)*