



DICHIARAZIONE DATI DI ISCRIZIONE AGLI ENTI PREVIDENZIALI

Il sottoscritto

con Codice Fiscale.....

in qualità di (titolare, legale rappresentante, procuratore, institore, altro)

.....

dell' impresa di seguito indicata:

Ragione sociale	
Codice fiscale impresa	
Gestione separata (si/no)	
Matricola INPS 10 cifre (non necessario se gestione separata)	
Indirizzo sede legale	
Indirizzo sede operativa (se diversa da sede legale)	
Sede INPS competente [codice/ denominazione] e relativo indirizzo	
Sede INAIL competente [codice/denominazione] e relativo indirizzo	
C.C.N.L. applicato * (indicare contratto applicato)	

DICHIARA

1) di aver dipendenti nel numero di:_____ e/o collaboratori nel numero di:_____

OPPURE

2) di non aver lavoratori dipendenti né collaboratori.

Luogo e data

Firma

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto legislativo n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma