



Protocollo

Alla Sede di _____

Domanda di iscrizione per il versamento dei contributi da parte dei datori di lavoro

Autocertificazione ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445

cognome					
nome					
codice fiscale			data di nascita		
comune (o stato estero) di nascita				prov.	
comune di residenza				prov.	
via/piazza		n.		cap	

Barrare la casella corrispondente

<input type="checkbox"/>	titolare	dell'azienda (1)
<input type="checkbox"/>	legale rappresentante	_____

forma giuridica	codice fiscale
-----------------	----------------

partita IVA	
-------------	--

indirizzo sede operativa dell'azienda	Via	n.	
cap	comune	prov.	

indirizzo sede legale dell'azienda	Via	n.	
cap	comune	prov.	

numero telefono	numero cellulare
-----------------	------------------

altro telefono/fax	indirizzo e-mail
--------------------	------------------

sito internet aziendale

esercente l'attività di (2)

Chiedo

l'apertura di una posizione contributiva per l'assolvimento degli obblighi previdenziali ed assistenziali in favore del personale dipendente.

Per consentire un esatto inquadramento previdenziale, mi impegno a produrre ogni altra documentazione relativa ad informazioni diverse da quelle sopra dichiarate o già in possesso dell'Istituto, e a comunicare all'Inps tutte le variazioni anagrafiche intervenute alla data della presente dichiarazione ed ogni altro elemento utile a rilevare la sussistenza e la misura dell'obbligo contributivo.

- (1) Indicare la denominazione o la ragione sociale
- (2) Attività economica dichiarata



Dati sull'attività svolta

data inizio attività con dipendenti _____ dipendenti n. _____
di cui operai n. _____ impiegati n. _____ dirigenti n. _____ altro _____

Barrare la casella corrispondente

<input type="checkbox"/>	posizioni contributive già aperte presso l'Inps per complessivi dipendenti n. _____
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	iscrizione ad altro ente previdenziale _____ posizione n. _____
--------------------------	--

per le imprese artigiane	data iscrizione albo impresa _____ n. impresa _____
soci n. _____	coadiutori familiari n. _____

<input type="checkbox"/>	lavorazione in serie
--------------------------	-----------------------------

Intermediario abilitato alle operazioni contributive (3)

cognome e nome					
codice fiscale			relazione con l'azienda		
indirizzo - via/piazza		n.		cap.	
comune				prov.	
numero telefono			numero cellulare		
altro telefono/fax			indirizzo e-mail		
iscrizione all'albo (nome e numero)			del _____		

Altro soggetto collegato all'azienda

cognome e nome o denominazione					
codice fiscale			relazione con l'azienda		
indirizzo - via/piazza		n.		cap.	
comune				prov.	
numero telefono			numero cellulare		
altro telefono/fax			indirizzo e-mail		

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano dalla denuncia di circostanze non rispondenti a verità.

Autorizzo l'Inps ad usare i miei dati esclusivamente per la presente domanda (Decreto Legislativo 196/2003).

Data _____

Firma _____

(3) Consulente del lavoro, professionista iscritto all'albo degli avvocati, dei dottori commercialisti, dei ragionieri e periti commerciali (articolo 1, comma 1, legge 12/1979), associazione di categoria (articolo 1, comma 4, della 12/1979).