

MODELLO RISERVATO ALLE IMPRESE

Il/La sottoscritto/a codice fiscale
nato/a a, prov. il residente in: Comune
prov. C.A.P. indirizzo n. tel.
in qualità di (*Titolare impresa individuale/ Legale Rappresentante/Amministratore, etc...*)

C O M U N I C O

i seguenti dati dell'impresa esecutrice:

DATI IMPRESA (* campi obbligatori)

Codice Fiscale*			E-mail E – Mail (pec)			Fax			
Denominazione / Ragione Sociale*									
Sede Legale*	CAP			Comune			Prov.		
	Via						Nr		
Sede Operativa Ind. Attività*	CAP			Comune			Prov.		
	Via						Nr		
Recapito Corrispondenza*									
C.C.N.L. Applicato*									
Tipo ditta*									

ENTI PREVIDENZIALI (* campi obbligatori)

INAIL – Codice ditta*			INAIL – sede competente*		
INPS – Matricola Azienda*			INPS – sede competente*		
CE – Codice impresa*			CE – Cassa Competente*		

_____, *li* _____
(luogo e data)

IL DICHIARANTE
