

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX
 Data Inizio Attività AAAA-MM-DD

DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI

Ragione Sociale: XXXX XXXX		
NATURA GIURIDICA:		
Tipo Natura Giuridica: <i>Individuale</i>	Data Costituzione Ditta: AAAA-MM-DD	
Iscrizione alla C.C.I.A.A. di: XX	dal: AAAA-MM-DD	N° di iscrizione: XXX

N. Dipendenti occupati nella ditta: XXXXXXXX
Richiesta di Pagamento indennità di inabilità temporanea ai sensi dell'Art. 70 T.U. XX
Modalità restituzione: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

SEDE LEGALE

XX: XXXX XXXXXX	N.: XX	C.A.P.: XXXXX
Comune: XXXXXXXXXXX	Prov.: XX	Nazione: X
E-Mail: XX@XXXX.XXX	Telefono: XXXXXX	
E-Mail Pec: xxxxxx.xxxxx@xxxx.xx	Informazioni aggiuntive: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

SEDE CORRISPONDENZA

Presso: XXXXXXXXXXX		
XXX: XXXXX XXXXX	N.: XX	C.A.P.: XXXXX
Comune: XXXXXXXXXXX	Prov.: XX	Nazione: X
E-Mail: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX	Telefono: XXXXXX	
E-Mail Pec: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX	Informazioni aggiuntive: XXXXXXXXXXX	

TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome: XXXXXXXX	Nome: XXXXXXXX
Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXX	Sesso: X
Tipo Responsabilità: XXXX XXXXX	
Telefono: XXXXXXXXXX	E-Mail: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX
E-Mail Pec: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX	Informazioni aggiuntive: XXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXX
Dati Nascita:	
Comune: XXXXXXXXXXXXX	Prov: XX Nazione: X
Data di Nascita: AAAA-MM-DD	
Domicilio:	
XXX: XXXXXXX XXXX	N.: XX C.A.P.: XXXXXXXX
Comune: XXXXXXXXXXXXX	Prov.: XX Nazione: X

Codice Fiscale Ditta: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX****DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI****Soggetti delegati (art. 14 T.U)**Codice Fiscale: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**Data Inizio: **AAAA-MM-DD** Data Fine: **AAAA-MM-DD1**Ampiezza Delega: **XXXXXX**Cognome: **XXXXXXXXXX**Nome: **XXXXXXXX**

E-Mail:

Telefono:

E-Mail Pec: **XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX**Informazioni aggiuntive: **XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX****Dati Nascita:**Comune: **XXXXXXX**Prov: **XX**Nazione: **X**Data di Nascita: **AAAA-MM-DD****Domicilio:**XXXX: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**N.: **XXXX**C.A.P: **XXXXXX**Comune: **XXXXXX**Prov.: **XX**Nazione: **X**Albo Professionale: **XXXXXXXXXX**N. Iscrizione Albo: **XX**Tipo: **X**Data Inizio Abilitazione: **AAAA-MM-DD**Data Fine Abilitazione: **AAAA-MM-DD**

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI

(Da usare anche per apertura di posizioni assicurative territoriali successive alla prima denuncia)

Data Inizio Attività: **AAAA-MM-DD** Data Cessazione:
Casuale Cessazione: Settore di Inquadramento Provvisorio: XXXXXXXXXXXXXXXXX

SEDE DEI LAVORI

XXXX: XXXXXXXX N.: XXX C.A.P.: XXXXXXXXXXXXX
Comune: XXXXXXXXXXXXXXXXX Prov.: XXXX Nazione: X
E-Mail: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX Telefono: XXXXXXXXXXXXX
E-Mail Pec: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX Informazioni aggiuntive:
XXXXXXXXXX

Responsabile Della Sicurezza (L.626/96)

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXX
Cognome: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX
E-Mail: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX Telefono: XXXXXXXXXXXXX
E-Mail Pec: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX Informazioni aggiuntive:
Dati Nascita:
Comune: XXXXXXXXXXXXXXXXX Prov: XX Nazione: X
Data di Nascita: **AAAA-MM-DD**
Domicilio:
XXX: XXXXXXXXXXXXXXXXX N.: XX C.A.P.: XXXXX
Comune: XXXXXXXXXXXXXXXXX Prov.: XX Nazione: X

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI

Data Inizio Lavorazione: AAAA-MM-DD	Data Cessazione:
Casuale Cessazione:	Lavorazione N°: 1
Descrizione di inquadramento provvisorio: XXXXXXXX	Rischio SIL/ASB

Descrizione dell'Attività:

Lavorazione Principale **XXXXXXXXXXXXXX**
Prodotti finitie/o servizi realizzati
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie
Impianti e Attrezzature Utilizzate
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Mezzi di Trasporto Utilizzati
Ciclo Lavorativo

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI - DATI
RETRIBUTIVI**

Lavorazione N°: 1

ANNO IN CORSO		
Dal AAAA-MM-DD	Al AAAA-MM-DD	N. Apprendisti: X
Retribuzioni Complessive: XXXX.XX		
Di cui quote particolarmente esenti: X.XX		
Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB: X.XX		

ANNO SUCCESSIVO		
Dal AAAA-MM-DD	Al AAAA-MM-DD	N. Apprendisti: X
Retribuzioni Complessive: XXXX.XX		
Di cui quote particolarmente esenti: XX.XX		
Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB: X.XX		

PERIODI PRECEDENTI:								
Dal AAAA-MM-DD	Al AAAA-MM-DD	N. Apprendisti: XX						
Retribuzioni Complessive: XXXX.XX								
Di cui quote particolarmente esenti:	XX.XX	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo Sconto</th> <th>Retribuzione Soggetti a sconto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td>X.XX</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td>XX.XX</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo Sconto	Retribuzione Soggetti a sconto	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	X.XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX
Tipo Sconto	Retribuzione Soggetti a sconto							
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	X.XX							
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX.XX							
Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB	XX.XX							

Codice Fiscale Ditta: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Data Inizio Attività o di decorrenza della variazione: **AAAA-MM-DD**

SPECIFICHE RISCHIO SILICOSI/ASBESTOSI

Lavorazioni previste dalla tabella allegato N. 8 al D.P.R. 30/6/1965, N.1124 Lavorazioni silicotigene	Persone assicurate contro gli infortuni esposte al rischio sil/asb			
	Rischio Diretto		Rischio Ambientale	
	N° Addetti	Retribuzioni	N° Addetti	Retribuzioni
Miniere e cave in sotterraneo	2	3330.00	1	2220.00
Condizioni di rischio: lavori in presenza di roccia contenente silice libera o che comunque espongono ad inalazioni di silice libera				
Totali	2	3330	1	2220

ENTITÀ INTRINSECA DEL RISCHIO

Sono state eseguite analisi chimico-mineralogiche per la determinazione della silice libera?	XX
Sono stati eseguiti rilevamenti conimetrici?	XX
Qual'è il grado di umidità del materiale trattato?	XX.XX
In caso di mancata specifica risposta, si intenderà che la lavorazione avviene allo stato secco	

Mezzi particolari attuati dalla ditta per prevenire la silicosi e l'asbestosi (allegare eventuali relazioni esplicative)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Data Inizio Validità o di decorrenza: **AAAA-MM-DD**

Codice Fiscale Ditta: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI

Iscrizione all'Albo delle Imprese Artigiane di: **XX**
dal **AAAA-MM-DD** N° Iscrizione **XXXX**
Data Inizio Lavorazione: **AAAA-MM-DD** Data Cessazione:
Casuale Cessazione: Lavorazione N°: **1**

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Settore di Inquadramento Provvisorio **XXXXXXXXXXXX**

Lavorazione Principale
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Prodotti finitie/o servizi realizzati
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Impianti e Attrezzature Utilizzate
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Mezzi di Trasporto Utilizzati
XXXXXXXXXX

Ciclo Lavorativo
XXXXXXX

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI
DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI

Soggetto Assicurato

Responsabilità: XXXXXXXXXXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXX

Cognome: XXXXXXXXXXX

Nome: XXXXXXX

Data Inizio Rischio: AAAA-MM-DD

Data Fine Rischio: AAAA-MM-DD

Retribuzione Minimale: XX

Retribuzione: XXX.XX

Dati Nascita:

Comune:

Prov:

Nazione: XX

Data di Nascita: AAAA-MM-DD

Domicilio:

XXX: XXXXXXXXXXX XXXXXXX

N.: XX

C.A.P: XXXXX

Comune: XXXXXXXXXXXXXXX

Prov.: XX

Nazione: X

INCIDENZA LAVORAZIONI

Lavorazione N°: X

Incidenza % : XXX

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE
DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI

Soggetto Assicurato

Responsabilità: XXXXXXXXXXXXXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXX

Cognome: XXXXXXXXXXXXXXXX

Nome: XXXXXXXXXXXXXXXX

Data Inizio Rischio: AAAA-MM-DD

Data Fine Rischio: AAAA-MM-DD

Dati Nascita:

Comune: XXXXXXXXXXXXXXXX

Prov: XX

Nazione: X

Data di Nascita: AAAA-MM-DD

Domicilio:

XXXXXX: XXXXXXXXXXXXXXXX

N.: XX

C.A.P: XXXXXX

Comune: XXXXXXXX

Prov.: XX

Nazione: X

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI

(Da usare anche per apertura di posizioni assicurative territoriali successive alla prima denuncia)

Data Inizio Attività: **AAAA-MM-DD** Data Cessazione:
Casuale Cessazione: Settore di Inquadramento Provvisorio: **XXXXX**

SEDE DEI LAVORI

XXX: **XXXXXXXXXX** N.: **XX** C.A.P: **XXXXX**
Comune: **XXXXXXXX** Prov.: **XX** Nazione: **X**
E-Mail: **XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX** Telefono: **XXXXX**
E-Mail Pec: **XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX** Informazioni aggiuntive:
XXXXXXXXXXXXX

Responsabile Della Sicurezza (L.626/96)

Codice Fiscale: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
Cognome: **XXXXXXXXXX** Nome: **XXXXXXXXXX**
E-Mail: **XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX** Telefono:
E-Mail Pec: **XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX** Informazioni aggiuntive:
Dati Nascita:
Comune: **XXXXXXXX** Prov: **XX** Nazione: **X**
Data di Nascita: **AAAA-MM-DD**
Domicilio:
XXX: **XXXXXXXXXXXXXX** N.: **X** C.A.P: **XXXXX**
Comune: **XXXXXXXXXXXX** Prov.: **XX** Nazione: **X**

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI

Iscrizione all'Albo delle Imprese Artigiane di:
dal _____ N° Iscrizione _____
Data Inizio Lavorazione: **AAAA-MM-DD** Data Cessazione: _____
Casuale Cessazione: _____ Lavorazione N°: **1**

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Settore di Inquadramento Provvisorio XXXXXXXXXXXXX

Lavorazione Principale

XXXXXXXXXX

Prodotti finitie/o servizi realizzati

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie

XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXX

Impianti e Attrezzature Utilizzate

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Mezzi di Trasporto Utilizzati

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ciclo Lavorativo

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI
DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI

Soggetto Assicurato

Responsabilità: XXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Cognome: XXXXXXXXXXXXX

Nome: XXXXXXXX

Data Inizio Rischio: AAAA-MM-DD

Data Fine Rischio: AAAA-MM-DD

Retribuzione Minimale: XX

Retribuzione: X.XX

Dati Nascita:

Comune: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Prov: XX

Nazione: X

Data di Nascita: AAAA-MM-DD

Domicilio:

XXXXX: XXXXXXXX

N.: X

C.A.P: XXXXX

Comune: XXXX

Prov.: XX

Nazione: X

INCIDENZA LAVORAZIONI

Lavorazione N°: 1

Incidenza % : XXX

RETRIBUZIONI PRECEDENTI

Anno: XXX

Retribuzioni : XXXX.XX

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE
DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI

Soggetto Assicurato

Responsabilità: XXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Cognome: XXXXXXXXXXXXX

Nome: XXXXXXXXXXXXX

Data Inizio Rischio: AAAA-MM-DD

Data Fine Rischio: AAAA-MM-DD

Dati Nascita:

Comune: XXXXXXXXXXXXX

Prov: XX

Nazione: X

Data di Nascita: AAAA-MM-DD

Domicilio:

XXX: XXXXXXXXXXXXX

N.: X

C.A.P: XXXXX

Comune: XXXXXXXXX

Prov.: XX

Nazione: X

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXX

DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche

Il sottoscritto

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXX

Cognome: XXXXXX

Nome: XXXXXXXXXXXXX

Indirizzo

XXX: XXXXXXXXXXXXX

N.: XX

C.A.P: XXXXXX

Comune: XXXXXXXXXXXXX

Prov.: XX

Nazione: X

Mail Pec: XXXXX@XXXXX.XX

Telefono: XXXXXXXXXXXXX

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHARA

di agire in qualità di **'PROFESSIONISTA ABILITATO'** ai sensi della legge n. 12/1979 e di avere il mandato a provvedere, per conto ed in nome della Ditta, allo svolgimento degli adempimenti INAIL, come previsto dalle vigenti disposizioni di legge e si impegna ad esibirlo su richiesta dell'Istituto. Dichiaro di avere ricevuto il consenso espresso dell'interessato al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 23 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196 del 3/6/2003 e successive modifiche) .

Legge 11 gennaio 1979, n. 12 e successive modifiche "Norme per l'ordinamento della professione di consulente del lavoro"

Articolo 1

Esercizio della professione di consulente del lavoro

1. Tutti gli adempimenti in materia di lavoro, previdenza ed assistenza sociale dei lavoratori dipendenti, quando non sono curati dal datore di lavoro, direttamente od a mezzo di propri dipendenti, non possono essere assunti se non da coloro che siano iscritti nell'albo dei consulenti del lavoro a norma dell'art. 9 della presente legge, salvo il disposto del successivo art. 40 nonchè da coloro che siano iscritti negli albi degli avvocati e procuratori legali, dei dottori commercialisti, dei ragionieri e periti commerciali, i quali in tal caso sono tenuti a darne comunicazione agli ispettorati del lavoro delle province nel cui ambito territoriale intendono svolgere gli adempimenti di cui sopra.

Omissis

3. Il titolo di consulente del lavoro spetta alle persone che, munite dell'apposita abilitazione professionale, sono iscritte nell'albo di cui all'art. 8 della presente legge.

4. Le imprese considerate artigiane ai sensi della legge 25 luglio 1956, n. 860, nonchè le altre piccole imprese anche in forma cooperativa, possono affidare l'esecuzione degli adempimenti di cui al primo comma a servizi o a centri di assistenza fiscale istituiti dalle rispettive associazioni di categoria. Tali servizi possono essere organizzati a mezzo dei consulenti del lavoro, anche se dipendenti dalle predette associazioni.

Omissis