

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

**DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI**

Ragione Sociale: XXXX XXXX		
<b>NATURA GIURIDICA:</b>		
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: XXXXXXXXX		
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: XXXXXXXXX	

**TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE**

Cognome: XXXXXXXX	Nome: XXXXXXXX
Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXX	Sesso: X
Tipo Responsabilità: XXXX XXXXX	
Telefono: XXXXXXXXX	E-Mail: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX
E-Mail Pec: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX	Informazioni aggiuntive: XXXXXXXX XX XXXXXXXXXXXXXXXX
<b>Dati Nascita:</b>	
Comune: XXXXXXXXXXX	Prov: XX Nazione: X
Data di Nascita: AAAA-MM-DD	
<b>Domicilio:</b>	
XXX: XXXXXXX XXXX	N.: XX C.A.P.: XXXXXXXX
Comune: XXXXXXXXXXX	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: XXXXXXXXX  
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: <b>AAAA-MM-DD</b>	Data Cessazione:
Casuale Cessazione:	Lavorazione N°: <b>1</b>
Descrizione di inquadramento provvisorio: <b>XXXXXXXX</b>	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**

	Tipo Sconto	Retribuzione Soggetti a sconto
Di cui quote particolarmente esenti: <b>XX.XX</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	<b>X.XX</b>
Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB <b>XX.XX</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	<b>XX.XX</b>

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 <b>Lavorazioni silicotigene</b>	Persone assicurate contro gli infortuni esposte al rischio sil/asb			
	Rischio Diretto		Rischio Ambientale	
	N° Addetti	Retribuzioni	N° Addetti	Retribuzioni
<b>Miniere e cave in sotterraneo</b>	<b>2</b>	<b>3330.00</b>	<b>1</b>	<b>2220.00</b>
Condizioni di rischio: lavori in presenza di roccia contenente silice libera o che comunque espongono ad inalazioni di silice libera				
<b>Totali</b>	<b>2</b>	<b>3330</b>	<b>1</b>	<b>2220</b>

**ENTITÀ INTRINSECA DEL RISCHIO**

Sono state eseguite analisi chimico-mineralogiche per la determinazione della silice libera?	<b>XX</b>
Sono stati eseguiti rilevamenti conimetrici?	<b>XX</b>
Qual'è il grado di umidità del materiale trattato?	<b>XX.XX</b>
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  
**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie  
**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

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: <b>XXXXXXXXXX</b>	N.: <b>XX</b>	C.A.P: <b>XXXXX</b>
Comune: <b>XXXXXXXX</b>	Prov.: <b>XX</b>	Nazione: <b>X</b>
E-Mail: <b>XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX</b>	Telefono: <b>XXXXX</b>	
E-Mail Pec: <b>XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX</b>	Informazioni aggiuntive: <b>XXXXXXXXXXXX</b>	

**Responsabile Della Sicurezza (L.626/96)**

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

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie

XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX

Impianti e Attrezzature Utilizzate

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Mezzi di Trasporto Utilizzati

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ciclo Lavorativo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

**DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI**  
**DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI**

**Soggetto Assicurato**

Responsabilità: XXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXX

Cognome: XXXXXXXXXXX

Nome: XXXXXXXX

Data Inizio Rischio: AAAA-MM-DD

Data Fine Rischio: AAAA-MM-DD

Retribuzione Minimale: XX

Retribuzione: X.XX

**Dati Nascita:**

Comune: XXXXXXXXXXXXXXX

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: XXXXXXXXXXXXXXXXX

**DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE**  
**DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI**

**Soggetto Assicurato**

Responsabilità: XXXXX

Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXX

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: XXXXX

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,**

DICHIARA

di agire in qualità di responsabile di **'Servizio istituito da Associazione di categoria'**, individuato con il C.F. **'XXXXXXXXXXXX'** e la denominazione **'XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX'**, 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 nonché 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 ispettori 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, nonché 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*