

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 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: XXXXXXXXXXXX	Prov.: XX	Nazione: X
E-Mail: XX@XXXX.XXX	Telefono: XXXXXX	
E-Mail Pec: xxxxxx.xxxxx@xxxx.xx	Informazioni aggiuntive: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

SEDE CORRISPONDENZA

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

TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome: XXXXXXXX	Nome: XXXXXXXX
Codice Fiscale: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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	Nome: XXXXXXXXXXXX	
Cognome: XXXXXXXXX	Telefono: XXXXXXXXXXXXX	
E-Mail: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX	Informazioni aggiuntive:	
E-Mail Pec: XXXXXXXX.XXX@XXXX.XX		
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: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

**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: XX.XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	X.XX
Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB XX.XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	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
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: **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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie

XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX

Impianti e Attrezzature Utilizzate

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Mezzi di Trasporto Utilizzati

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ciclo Lavorativo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Codice Fiscale Ditta: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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: 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

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 impresa'** .