



Città di Medicina

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
dell'impresa _____

Codice Fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

indirizzo e-mail _____

sede legale della ditta è in _____ Prov. _____ Cap. _____

Via/Piazza _____ N. _____

sede operativa della ditta è in _____ Prov. _____ Cap. _____

Via/Piazza _____ N. _____

DICHIARA CHE

- L'impresa/associazione **NON** ha alcun lavoratore dipendente
- NON** sussiste alcun obbligo di assicurarsi presso l'INPS e l'INAIL

oppure

- **Tipo di impresa**

impresa

lavoratore autonomo

- **C.C.N.L. applicato:**

Edilizia

Altri settori : _____ (indicare a quale settore appartiene la ditta)

- **Durata del servizio**

- **Totale addetti al servizio:** _____

- **INAIL**

Codice ditta _____ Posizione assicurativa territoriale _____

- **INPS**

Matricola aziendale _____ Sede competente _____

- **INPS**

Posizione contributiva individuale titolare/soci - imprese artigiane/agricoltori _____

Data

Firma e timbro

.....