

Allegato n. 1 Mod. di accreditamento e variazioni

Al Comitato Amministratore del Fondo
intersettoriale della provincia autonoma di
Trento – denominato “Fondo di Solidarietà del
Trentino”

Trento

tramite Sede INPS di _____

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE STRAORDINARIA - ART. 5
COMMA 2 LETTERA A) D.I. N.96077 DEL 1 GIUGNO 2016**

DATI AZIENDA

<i>Denominazione</i>	
<i>Codice fiscale</i>	
<i>Indirizzo</i>	
<i>Comune</i>	
<i>Provincia</i>	
<i>Recapito telefonico</i>	
<i>Indirizzo PEC</i>	
<i>Indirizzo e-mail</i>	
<i>Referente per i rapporti con INPS</i>	
<i>Matricola INPS</i>	
<i>Sede INPS che gestisce la matricola aziendale</i>	
<i>Sede INPS presso la quale versare la provvista mensile anticipata</i>	
<i>Verbale di accordo del</i>	
<i>Data inizio validità accordo (prima cessazione rapporto lavoro o prima decorrenza utile della prestazione straordinaria)</i>	
<i>Data fine validità accordo (ultima cessazione rapporto lavoro o ultima decorrenza utile della prestazione straordinaria)</i>	
<i>Numero lavoratori interessati</i>	
<i>Ambito territoriale di validità degli accordi</i>	

Si allega:

- verbale di accordo OO.SS del ...

Data

Firma del legale rappresentante
dell'azienda