

Protocollo

Alla Sede di _____

**Domanda di iscrizione per il versamento
dei contributi da parte dei datori di lavoro**
Autocertificazione ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445

cognome				
nome				
codice fiscale			data di nascita	
comune (o stato estero) di nascita				prov.
comune di residenza				prov.
via/piazza		n.	cap	

Barrare la casella corrispondente

☐	titolare	dell'azienda (1)
☐	legale rappresentante	-----

forma giuridica	codice fiscale
-----------------	----------------

partita IVA	
-------------	--

indirizzo sede operativa dell'azienda	Via	n.	
cap	comune	prov.	

indirizzo sede legale dell'azienda	Via	n.	
cap	comune	prov.	

numero telefono	numero cellulare	
altro telefono/fax	indirizzo e-mail	
sito internet aziendale		

esercente l'attività di (2)	
-----------------------------	--

Chiedo

l'apertura di una posizione contributiva per l'assolvimento degli obblighi previdenziali ed assistenziali in favore del personale dipendente.
Per consentire un esatto inquadramento previdenziale, mi impegno a produrre ogni altra documentazione relativa ad informazioni diverse da quelle sopra dichiarate o già in possesso dell'Istituto, e a comunicare all'Inps tutte le variazioni anagrafiche intervenute alla data della presente dichiarazione ed ogni altro elemento utile a rilevare la sussistenza e la misura dell'obbligo contributivo.

(1) Indicare la denominazione o la ragione sociale
(2) Attività economica dichiarata

SC06

DM68



Dati sull'attività svolta

data inizio attività con dipendenti	_____ dipendenti n. _____
di cui operai n. _____	impiegati n. _____ dirigenti n. _____ altro _____

Barrare la casella corrispondente

☐	posizioni contributive già aperte presso l'Inps per complessivi dipendenti n. _____
☐	iscrizione ad altro ente previdenziale _____ posizione n. _____

per le imprese artigiane	data iscrizione albo impresa _____ n. impresa _____
soci n. _____	coadiutori familiari n. _____

☐	lavorazione in serie
--------------------------	----------------------

Intermediario e soggetto abilitato alle operazioni contributive

cognome e nome					
codice fiscale			tipo relazione (3)		
indirizzo - via/piazza	n.			cap.	
comune					prov.
numero telefono			numero cellulare		
altro telefono/fax			indirizzo e-mail		
iscrizione all'albo (nome e numero)				del _____	

Altro soggetto

cognome e nome o denominazione					
codice fiscale			tipo relazione (3)		
indirizzo - via/piazza	n.			cap.	
comune					prov.
numero telefono			numero cellulare		
altro telefono/fax			indirizzo e-mail		
iscrizione all'albo (nome e numero)				del _____	

Dichiaro di essere consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano dalla denuncia di circostanze non rispondenti a verità.

Autorizzo l'Inps ad usare i miei dati esclusivamente per la presente domanda (Decreto Legislativo 196/2003).

Data _____

Firma _____

(3) Indicare una delle seguenti tipologie di relazione: consulente, studio associato, centro elaborazione dati, associazione di categoria, socio, amministratore, liquidatore, curatore fallimentare, commissario giudiziaro.