

DATI PER RICHIESTA D.U.R.C.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
_____ codice fiscale _____, residente a _____
_____ via _____ n. _____
nella sua qualità di titolare / legale rappresentante dell'Impresa di seguito specificata, fornisce le
seguenti dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000:

IMPRESA / DITTA	
Denominazione / Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
E-Mail	
Sede Legale	
Cap e Provincia	
Comune	
Via/ Piazza e Numero Civico	
Sede Operativa	
Cap e Provincia	
Comune	
Via/ Piazza e Numero Civico	
Recapito Corrispondenza	Sede Legale oppure Sede Operativa
Tipo Impresa	Impresa oppure Lavoratore Autonomo
Dimensionamento Aziendale (*)	N. Dipendenti
C.C.N.L. Applicato	
N. Addetti al Servizio	
ENTI PREVIDENZIALI	
INAIL – Codice Ditta	
INAIL – Posizioni Assicurative Territoriali	
INPS – Matricola Azienda	
INPS – Sede Competente	
INPS – Posizione Contributiva Individuale Titolare / Soci Impresa Artigiana	
C.C.I.A.A.	
Camera di Commercio – R.E.A.	
Camera di Commercio – Sede Competente di Iscrizione	

(*) se non vi sono dipendenti nell'impresa, aggiungere dichiarazione sottoscritta dal titolare dell'impresa attestante che non vi sono dipendenti. Tale dichiarazione verrà inviata da questo comune all'INPS competente.

Allegato: Copia documento di identità o di riconoscimento del sottoscritto in corso di validità

Data,

Firma e Timbro del Legale Rappresentante