

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE DI:

**IL SOTTOSCRITTO**

Cognome e Nome:	Data di Nascita:	
Comune di Nascita:	Prov.:	Stato:
Codice fiscale:		

**RESIDENTE IN**

Comune:	Prov.:	C.A.P.:	
		Telefono:	
E-mail			

**RAPPRESENTANTE LEGALE  
DELL'IMPRESA**

Forma giuridica:  
Codice Fiscale Impresa:  
Partita IVA:

Sede Operativa dell'Impresa:	Prov.:	Stato:
	C.A.P.:	
Telefono		

Sede Legale dell'Impresa:	Prov.:	Stato:
	C.A.P.:	
Telefono:	Telefono alternativo:	Fax:

**Esercente attività di**

Con lavorazione:

**Chiede 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.

## DATI SULL'ATTIVITA' SVOLTA

**A.** L'attività con dipendenti dell'impresa ha avuto inizio

I dipendenti sono:

Dipendenti n°

**B.** Fra il personale dell'impresa figurano N° familiari coadiutori e n° soci

### RIDUZIONE CUAF

Scelta individuale:

Due soci artigiani:

Due soci commercianti:

Oltre due soci:

Socio unin. accomandatario:

Cooperative:

Data delibera:

Data domanda:

### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano dalla denuncia di circostanze non rispondenti a verità.