

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI****ANAGRAFICA**

Ragione Sociale:

**NATURA GIURIDICA:**

Tipo Natura Giuridica:

Data di decorrenza:

**SEDE LEGALE**

	N.:	C.A.P.:
Comune:	Prov.:	Nazione:
E-Mail:	Telefono:	
E-Mail Pec:	Informazioni aggiuntive:	
Data di decorrenza:		

**SEDE CORRISPONDENZA**

Presso:	N.:	C.A.P.:
Comune:	Prov.:	Nazione:
E-Mail:	Telefono:	
E-Mail Pec:	Informazioni aggiuntive:	
Data di decorrenza:		

**TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE**

Cognome:	Nome:	
Codice Fiscale:	Sesso:	
Tipo Responsabilità:		
Telefono:	E-Mail:	
E-Mail Pec:	Informazioni aggiuntive:	
<b>Dati Nascita:</b>		
Comune:	Prov.:	Nazione:
Data di Nascita:		
<b>Domicilio:</b>		
	N.:	C.A.P.:
Comune:	Prov.:	Nazione:
Data di decorrenza:		

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI**

**Soggetti delegati (art. 14 T.U)**

Codice Fiscale:

Data Inizio:

Data Fine:

Ampiezza Delega:

Cognome:

Nome:

E-Mail Pec:

Informazioni aggiuntive:

**Dati Nascita:**

Comune:

Prov.:

Nazione:

Data di Nascita:

**Domicilio:**

N.:

C.A.P.:

Comune:

Prov.:

Nazione:

Albo Professionale:

N. Iscrizione Albo:

Tipo:

Data Inizio Abilitazione:

Data Fine Abilitazione:

Data di decorrenza:

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE DITTA - SEDE DEI LAVORI**

(Da usare anche per apertura di posizioni assicurative territoriali successive alla prima denuncia)

Data Inizio Attività:

Settore di Inquadramento Provvisorio:

**SEDE DEI LAVORI**

	N.:	C.A.P.:
Comune:	Prov.:	Nazione:
E-Mail:	Telefono:	
E-Mail Pec:	Informazioni aggiuntive:	

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI**

Data Inizio Lavorazione:

Lavorazione N°:

Descrizione di inquadramento provvisorio:

Rischio SIL/ASB

**Descrizione dell'Attività:**

Lavorazione Principale

Prodotti finiti e/o servizi realizzati

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie

Impianti e Attrezzature Utilizzate

Mezzi di Trasporto Utilizzati

Ciclo Lavorativo

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI - DATI  
RETRIBUTIVI**

Lavorazione N°:

**ANNO IN CORSO**

Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ N. Apprendisti: \_\_\_\_\_

Retribuzioni Complessive:

Di cui quote particolarmente esenti:

Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB:

**ANNO SUCCESSIVO**

Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ N. Apprendisti: \_\_\_\_\_

Retribuzioni Complessive:

Di cui quote particolarmente esenti:

Di cui retribuzioni specifiche SIL/ASB:

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

Data Inizio Attività o di decorrenza della variazione:

**SPECIFICHE RISCHIO SILICOSI/ASBESTOSI**

Lavorazioni previste dalla tabella allegato N. 8 al D.P.R. 30/6/1965, N. 1124 <b>Lavorazioni silicotigene</b>	Persone assicurate contro gli infortuni esposte al rischio sil/asb			
	Rischio Diretto		Rischio Ambientale	
	N° Addetti	Retribuzioni	N° Addetti	Retribuzioni
Lettera a)				
<b>Miniere e cave in sotterraneo</b>				
Condizioni di rischio: lavori in presenza di roccia contenente silice libera o che comunque espongono ad inalazioni di silice libera				
<b>Totali</b>				

**ENTITÀ INTRINSECA DEL RISCHIO**

Sono state eseguite analisi chimico-mineralogiche per la determinazione della silice libera?

Sono stati eseguiti rilevamenti conimetrici?

Qual è il grado di umidità del materiale trattato?

In caso di mancata specifica risposta, si intenderà che la lavorazione avviene allo stato secco

**Mezzi particolari attuati dalla ditta per prevenire la silicosi e l'asbestosi (allegare eventuali relazioni esplicative)**

Data Inizio Validità o di decorrenza:

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI**

Iscrizione all'Albo delle Imprese Artigiane di:

dal

N° Iscrizione

Data Inizio Lavorazione:

Lavorazione N°:

**DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ**

Settore di Inquadramento Provvisorio

Lavorazione Principale

Prodotti finiti e/o servizi realizzati

Lavorazioni Complementari e/o Sussidiarie

Impianti e Attrezzature Utilizzate

Mezzi di Trasporto Utilizzati

Ciclo Lavorativo

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE - ASSICURAZIONE ARTIGIANI  
DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI****Soggetto Assicurato**

Responsabilità:

Codice Fiscale:

Cognome:

Nome:

Data Inizio Rischio:

Retribuzione Minimale:

Retribuzione:

**Dati Nascita:**

Comune:

Prov.:

Nazione:

Data di Nascita:

**Domicilio:**

N.:

C.A.P.:

Comune:

Prov.:

Nazione:

**INCIDENZA LAVORAZIONI**

Lavorazione N°

Incidenza %:

**RETRIBUZIONI PRECEDENTI**

Anno:

Retribuzioni:

Conforme all'originale



Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE - ASSICURAZIONE SOCI E FAMILIARI NON ARTIGIANI  
DATI ANAGRAFICI E RETRIBUTIVI**

**Soggetto Assicurato**

Responsabilità:

Codice Fiscale:

Cognome:

Nome:

Data Inizio Rischio:

**Dati Nascita:**

Comune:

Prov.:

Nazione:

Data di Nascita:

**Domicilio:**

N.:

C.A.P.:

Comune:

Prov.:

Nazione:

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE DITTA - SEDE DEI LAVORI**  
**DATI ANAGRAFICI POSIZIONE ASSICURATIVA TERRITORIALE**

**SEDE DEI LAVORI**

Codice PAT:

N.:

C.A.P.:

Comune:

Prov.:

Nazione:

E-Mail:

Telefono:

E-Mail Pec:

Informazioni aggiuntive:

Data di decorrenza:

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

### DENUNCIA DI VARIAZIONE DITTA - CESSAZIONE PAT

#### CESSAZIONE PAT

Codice PAT:

Data di Cessazione:

Motivo della Cessazione:

Conforme all'originale

Codice Fiscale Ditta:

Codice Ditta:

**DENUNCIA DI VARIAZIONE DITTA**

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche

Il sottoscritto

**Codice Fiscale**

Cognome:

Nome:

**Indirizzo**

Comune:

N.:

C.A.P.:

Prov.:

Nazione:

Mail:

Informazioni aggiuntive:

Mail Pec:

Telefono:

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000,**

DICHIARA

di agire in qualità di

ai sensi della legge n.12/1979 e di avere il mandato a provvedere, per conto ed in nome della Ditta, allo svolgimento degli adempimenti INAIL, come previsto dalle vigenti disposizioni di legge e si impegna ad esibirlo su richiesta dell'Istituto. Dichiaro di avere ricevuto il consenso espresso dell'interessato al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 23 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196 del 03/06/2003 e successive modifiche).

---

Legge 11 gennaio 1979, n. 12 e successive modifiche "Norme per l'ordinamento della professione di consulente del lavoro"

## Articolo 1

*Esercizio della professione di consulente del lavoro*

1. Tutti gli adempimenti in materia di lavoro, previdenza ed assistenza sociale dei lavoratori dipendenti, quando non sono curati dal datore di lavoro, direttamente od a mezzo di propri dipendenti, non possono essere assunti se non da coloro che siano iscritti nell'albo dei consulenti del lavoro a norma dell'art. 9 della presente legge, salvo il disposto del successivo art. 40 nonchè da coloro che siano iscritti negli albi degli avvocati e procuratori legali, dei dottori commercialisti, dei ragionieri e periti commerciali, i quali in tal caso sono tenuti a darne comunicazione agli ispettorati del lavoro delle province nel cui ambito territoriale intendono svolgere gli adempimenti di cui sopra.

*Omissis*

3. Il titolo di consulente del lavoro spetta alle persone che, munite dell'apposita abilitazione professionale, sono iscritte nell'albo di cui all'art.8 della presente legge.

4. Le imprese considerate artigiane ai sensi della legge 25 luglio 1956, n. 860, nonchè le altre piccole imprese anche in forma cooperativa, possono affidare l'esecuzione degli adempimenti di cui al primo comma a servizi o a centri di assistenza fiscali istituiti dalle rispettive associazioni di categoria. Tali servizi possono essere organizzati a mezzo dei consulenti del lavoro, anche se dipendenti dalle predette associazioni.

*Omissis*