DENUNCIA DI NUOVO LAVORO TEMPORANEO

(art.12 Modalità per l'applicazione delle Tariffe - D.M. 12 dicembre 2000)

USARE UN MODULO PER OGNI LAVORO DA DENUNCIARE

CODICE FISCALE DITTA

CODICE DITTA C.C.

N.P.A.T. C.C.

ALL'INAIL DI

VIA

CAP PROVINCIA

LOCALITA' E DURATA DEI LAVORI

VIA, PIAZZA,... (vedi istr.) N.ro

C.A.P. COMUNE PROV. NAZIONE

DATA INIZIO / / DATA FINE / / SOSPENSIONE DEI LAVORI PROROGA DEI LAVORI

DESCRIZIONE DEI LAVORI

OPERE E/O SERVIZI

IMPORTO DEI LAVORI: € , **QUOTA DELLE OPERE E/O SERVIZI AFFIDATI O DA AFFIDARE A TERZI** **SUBAPPALTO:**

MACCHINE, IMPIANTI O ATTREZZATURE UTILIZZATE (TIPO E NUMERO)

LUOGO DI LAVORO

Cantiere temporaneo o mobile		**Porto o stazione marittima**		**Ospedale o casa di cura**	
Stabilimento industriale		**Aereoporto**		**Scuola**	
Cantiere navale		**Residenza turistico-alberghiera**		**Ufficio**	
Altro					

ALTRE INFORMAZIONI

L'azienda realizza opere edili costituite prevalentemente da elementi prefabbricati? SI NO

L'azienda effettua fasi di preparazione di elementi strutturali o di componenti di impianti in officine esterne al proprio cantiere o stabilimento? SI NO

Se si descriverle dettagliatamente

Si eseguono lavorazioni elencate nella tabella allegato n.8 al T.U. 3 giugno 1965, n. 1124, che possono comportare il rischio di contrarre la silicosi o l'asbestosi? (in caso affermativo allegare debitamente compilati il modello Quadro O e O2). SI NO

COMMITTENTE

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE

VIA, PIAZZA,... (vedi istr.) **N.ro**

C.A.P. **COMUNE** **PROV.** **NAZIONE**

PERSONALE SOGGETTO ALL'OBBLIGO ASSICURATIVO

LAVORATORI OCCUPATI NEL LUOGO DEI LAVORI

DIPENDENTI DELLA DITTA: n. ___ DI CUI APPRENDISTI: n. ___ LAVORATORI INTERINALI: ___

RETRIBUZIONI PRESUNTE: € _____ , __

TITOLARE ARTIGIANO, FAMILIARI COADIUVANTI E SOCI DI IMPRESE ARTIGIANE OCCUPATI NEL LUOGO DEI LAVORI

TITOLARE ARTIGIANO — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

Barrare la casella
F = Familiare
S = Socio

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

FAMILIARI COADIUVANTI E SOCI DI IMPRESE NON ARTIGIANE OCCUPATI NEL LUOGO DEI LAVORI

Barrare la casella
F = Familiare
S = Socio

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

F S — CODICE FISCALE _____ — € RETRIBUZIONI _____ , __

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità che derivano, in base alla normativa vigente, dalla denuncia di fatti e circostanze che non corrispondono a verità.

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

TUTELA DEI DATI

Si informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati di cui alla presente denuncia saranno trattati dall'INAIL con l'utilizzo di procedure prevalentemente informatizzate per finalità statistiche, per l'invio di materiale informativo e per adempimenti di legge e/o disposizioni di organi pubblici. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs rivolgendosi all'INAIL, Piazzale G.Pastore, n.6 - 00144 Roma, con le modalità previste dall'art.9.