

DATI PER RICHIESTA D.U.R.C.

Richiesta dati (1) per compilazione Quadro B – modulo unificato Sportello Unico Previdenziale

I	IMPRESA (2) (Appaltatrice / Subappaltatrice)	
	Codice Fiscale	
	E-mail (3)	
2	e-mail PEC (posta certificata)	
3	Denominazione/Ragione Sociale	
4	Sede Legale	
	Cap e Provincia	
	Comune	
	Via/piazza e numero civico	
5	Sede operativa	
	Cap e Provincia	
	Comune	
	Via/piazza e numero civico	
6	Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale oppure <input type="checkbox"/> sede operativa
7	Tipo impresa	<input type="checkbox"/> impresa <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
8	Lavori/Servizio/Fornitura	<input type="checkbox"/> eseguiti <input type="checkbox"/> da eseguire
9	C.C.N.L. applicato	<input type="checkbox"/> Edile Industria <input type="checkbox"/> Edile Piccola Media Impresa <input type="checkbox"/> Edile Cooperazione <input type="checkbox"/> Edile Artigianato <input type="checkbox"/> Altro _____ (OBBLIGATORIO INDICARE IL CONTRATTO APPLICATO)
10	Dimensione aziendale (3)	<input type="checkbox"/> da 1 a 5 <input type="checkbox"/> da 6 a 15 <input type="checkbox"/> da 16 a 50 <input type="checkbox"/> da 51 a 100 <input type="checkbox"/> oltre
II	ENTI PREVIDENZIALI	
1	INAIL – codice ditta	
	INAIL – Posizioni assicurative territoriali	
2	INPS – matricola azienda	
	INPS – sede competente	
3	INPS – pos. Contributiva individuale titolare / soci imprese artigiane	
	INPS – sede competente	
4	CASSA EDILE – codice impresa	
	CASSA EDILE – codice cassa	

Note: 1 Compilare il modulo in videoscrittura o a mano in stampatello; 2) Per Impresa singola, per ciascuna Impresa costituente l'Associazione Temporanea (ATI) ovvero per il Consorzio e le Imprese consorziate esecutrici dei lavori. 3) Campo facoltativo.

Data, timbro e firma del legale rappresentante della Ditta