

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO
Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali
Servizio 4
Via Trinacria 34-36 Palermo

Prot. n. 26310 del 20.9.2013

Oggetto: Soggetti svantaggiati licenziati dalla Social Trinacria – Onlus, già coinvolti nei progetti “Emergenza Palermo”, ex art. 52, l.r. n.11/2010.- Direttiva di avvio al lavoro in ASPI e Assicurazione INAIL, in esecuzione delle disposizioni previste dall’art. 43 della l.r. n. 9/2013.

All. n. 7.

Agli Enti ed Amministrazioni
utilizzatori dei
soggetti coinvolti nei progetti
“Emergenza Palermo”
L O R O S E D I

E, p.c.

Al Sig. Assessore
S E D E

Al Dipartimento Lavoro
Via Imperatore Federico
PALERMO

Al Direttore Prov.le INAIL
Viale del Fante 58/D
90146 PALERMO

Al Direttore Prov.le dell’INPS
Sede Prov.le di PA
90143 PALERMO

Come noto, il novellato art. 43, della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9, titolato “PIP Emergenza Palermo”, autorizza questo Dipartimento ad erogare fino al 31 dicembre 2013, mediante stipula di apposita convenzione con INPS, un assegno di sostegno al reddito, oltre gli assegni per il nucleo familiare, ove spettanti, ai soggetti svantaggiati di che trattasi, per lo svolgimento di attività di interesse pubblico e sociale.

Questo Dipartimento, al fine di adempiere alle disposizioni della legge citata, connessi agli obblighi assicurativi INAIL, rappresenta quanto segue:

Premesso che i soggetti assegnati, che attualmente percepiscono l'indennità di disoccupazione, impegnati per un minimo di 20 ore settimanali e per non più di 8 ore giornaliere, devono essere obbligatoriamente assicurati contro gli infortuni sul lavoro, ogni Ente utilizzatore dovrà aprire una propria posizione assicurativa, utilizzando la modulistica di seguito indicata e allegata alla presente:

- a) se l'Ente è già iscritto all'INAIL i modelli da utilizzare sono il **V4**) e **V5**), che devono essere presentati entro 30 giorni dalla data di prima assegnazione;
- b) se l'Ente è sconosciuto all'INAIL (mai iscritto) deve essere presentata la denuncia di esercizio compilata nei quadri **A**), **A1**), **B**), **C**) e **C1**), prima che i soggetti assegnati inizino le relative attività.

I modelli debitamente compilati e firmati dovranno essere presentati dagli Enti utilizzatori allo sportello Aziende dell'INAIL, viale del Fante, n. 58/D, Palermo, oppure potranno essere inviate a mezzo posta certificata, al seguente indirizzo: palermo@postacert.inail.it.

Per la compilazione dei quadri **V5**) o **C1**) la retribuzione imponibile da indicare dovrà essere calcolata in base al minimale aggiornato alla data odierna (€ 53,28, Circ. INAIL n. 4 del 17.9.2013), secondo la seguente formula: € 53,28 X n. gg. complessivi al 31.12.2013 X n. soggetti assegnati = Importo retribuzioni imponibili.

Ogni Ente utilizzatore riceverà dall'INAIL il certificato di assicurazione che contiene anche l'importo del premio assicurativo e la data di scadenza entro cui dovrà avvenire il pagamento, che fin da ora è posto a carico di questo Dipartimento. Definito il relativo procedimento, i soggetti utilizzati sono così assicurati per tutte le attività socialmente utili che svolgeranno all'interno dell'Ente, durante le giornate lavorative.

Al riguardo, come anticipato nella Dirigenziale n. 31989 del 29.8.2013, si ribadisce che l'onere della spesa assicurativa graverà interamente sulla disponibilità finanziaria di questo Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali, che ha già avviato le procedure per il relativo flusso contabile.

In conseguenza di quanto sopra, si invitano tutti gli Enti utilizzatori a trasmettere la copia del certificato assicurativo ricevuto dall'INAIL, al fine di consentire a questo Dipartimento di effettuare tempestivamente l'imputazione delle somme stanziare per "il pagamento" del premio assicurativo complessivo, che dovrà avvenire entro, e non oltre, i termini indicati nel certificato di assicurazione.

Tale certificato dovrà essere trasmesso a questo Dipartimento nel più breve tempo possibile al seguente indirizzo di posta elettronica: Servizio 4 – Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali; antonio.arrigo@regione.sicilia.it; pietropaolo.pellerito@regione.sicilia.it.

L'eventuale ritardata o mancata presentazione del certificato di assicurazione comporterà l'applicazione delle relative sanzioni da parte dell'INAIL, la cui responsabilità sarà posta a carico dei soggetti inadempienti.

Altro adempimento che incombe sugli Enti utilizzatori è rappresentato dalle necessità di comunicare tempestivamente all'INAIL gli eventuali infortuni che possono interessare i soggetti assegnati. Si precisa al riguardo che la denuncia di infortunio deve essere inoltrata all'INAIL entro 48 ore dall'evento, ovvero entro 24 ore in caso di evento mortale, considerando che soltanto il giorno festivo determina la proroga di tali termini, al giorno seguente non festivo.

Segnatamente, si invitano gli Enti che si iscrivono per la prima volta all'INAIL a chiedere la *password* utile per trasmettere “**telematicamente**” (obbligo di legge) l'eventuale denuncia di infortunio. Al fine di ottenere la citata *password*, il soggetto responsabile dell'Ente che ha presentato la denuncia assicurativa, dovrà avanzare apposita istanza all'INAIL, corredata del proprio documento di riconoscimento.

Gli Enti utilizzatori già iscritti all'INAIL, invece, potranno avvalersi della *password* in dotazione. Ulteriore adempimento a carico dell'Ente utilizzatore sarà la presentazione della denuncia di cessazione attività, che dovrà essere inviata all'INAIL telematicamente entro il termine di 30 gg. decorrenti dalla data in cui cesserà l'utilizzazione dell'ultimo soggetto assegnato.

Ciò posto, tutti gli Enti in indirizzo dovranno monitorare le presenze giornaliere di ciascun soggetto utilizzato, il cui rapporto mensile dovrà essere trasmesso a questo Dipartimento, anche al fine di effettuare l'autoliquidazione annuale dell'INAIL al 31.12.2013. L'invio di tale documentazione dovrà avvenire esclusivamente per via telematica al suddetto indirizzo.

Ove le SS.LL. intenderanno utilizzare propri sistemi di controllo automatico delle presenze, questo Dipartimento fornirà apposito *cd* contenente le foto dei soggetti assegnati.

Non sembra superfluo sottolineare, inoltre, che la posizione assicurativa aperta è valida per tutti i soggetti, anche in caso di ulteriori nuove assegnazioni.

Torna utile, infine, precisare che tutti gli Enti utilizzatori sono esonerati dall'inviare all'INAIL i salari 2013 (la dichiarazione delle retribuzioni) riguardanti le posizioni assicurative aperte “**esclusivamente**” per il solo personale complessivamente utilizzato, ai sensi della presente legge regionale, poiché tale adempimento sarà curato direttamente da questo Dipartimento.

Gli Enti interessati avranno cura di eseguire puntualmente la presente direttiva, al fine di garantire il rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente in materia di assicurazioni sugli infortuni sul lavoro.

Per eventuali informazioni, chiarimenti e/o contatti rivolgersi a:

Dr. Antonio Arrigo, cell. 328 7235173; Dr. Pietro Paolo Pellerito, cell. 334 6050078.

Il Funzionario Direttivo
Dr. Pietro Paolo Pellerito

Il Dirigente
Dr. Antonio Arrigo

IL DIRIGENTE GENERALE
Dott.ssa M. B.



CODICE RSCALE DITTA

Grid for CODICE RSCALE DITTA

Quadro V4

COD. DITTA

Grid for COD. DITTA

C.C.

Grid for C.C.

COD. P.A.T.

Grid for COD. P.A.T.

C.C.

Grid for C.C.

DENUNCIA N°

Grid for DENUNCIA N°

LAVORAZIONE N.

Grid for LAVORAZIONE N.

DENUNCIA DI VARIAZIONE ATTIVITA' - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI

NUOVA LAVORAZIONE SI

VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' GIA' CLASSIFICATA ALLA VOCE

Grid for activity classification

DECORRENZA DELLA VARIAZIONE

Grid for DECORRENZA DELLA VARIAZIONE

DECORRENZA DELLA VARIAZIONE

Grid for DECORRENZA DELLA VARIAZIONE

DESCRIZIONE NUOVA ATTIVITA'

LAVORAZIONE PRINCIPALE

Large text area for LAVORAZIONE PRINCIPALE

RISCHIO
SIL/ASB

si no

(In caso affermativo
compilare Quadri O e
O2)

PRODOTTI FINITI E/O SERVIZI REALIZZATI

Large text area for PRODOTTI FINITI E/O SERVIZI REALIZZATI

LAVORAZIONI COMPLEMENTARI E/O SUSSIDIARIE

Large text area for LAVORAZIONI COMPLEMENTARI E/O SUSSIDIARIE

IMPIANTI E ATTREZZATURE UTILIZZATE

Large text area for IMPIANTI E ATTREZZATURE UTILIZZATE

MEZZI DI TRASPORTO UTILIZZATI

Large text area for MEZZI DI TRASPORTO UTILIZZATI

CICLO LAVORATIVO

Large text area for CICLO LAVORATIVO

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

Signature line for FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE

Grid for DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE

VOCE DI TARIFFA

Grid for VOCE DI TARIFFA

CODICE ATECO

Grid for CODICE ATECO

FIRMA DEL FUNZIONARIO

Signature line for FIRMA DEL FUNZIONARIO

CODICE FISCALE DITTA

Grid for CODICE FISCALE DITTA

Quadro V5

COD. DITTA

Grid for COD. DITTA

C.C.

Grid for C.C.

COD. P.A.T.

Grid for COD. P.A.T.

C.C.

Grid for C.C.

DENUNCIA N°

Grid for DENUNCIA N°

LAVORAZIONE N.

Grid for LAVORAZIONE N.

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

NUOVA LAVORAZIONE

SI

VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' GIA' CLASSIFICATA ALLA VOCE

Grid for VARIAZIONE DELL'ATTIVITA'

ANNO IN CORSO

DAL / AL grid for current year

IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

Grid for total remuneration

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

Grid for ordinary remuneration

RETRIBUZIONI SIL/ASB

Grid for SIL/ASB remuneration

QUOTE ESENTI

Grid for exempt quotas

N. APPRENDISTI

Grid for number of apprentices

ANNO SUCCESSIVO

DAL / AL grid for next year

IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

Grid for total remuneration

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

Grid for ordinary remuneration

RETRIBUZIONI SIL/ASB

Grid for SIL/ASB remuneration

QUOTE ESENTI

Grid for exempt quotas

N. APPRENDISTI

Grid for number of apprentices

PERIODI PRECEDENTI

ANNO

DAL / AL grid for previous period

IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

Grid for total remuneration

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

Grid for ordinary remuneration

RETRIBUZIONI SIL/ASB

Grid for SIL/ASB remuneration

QUOTE ESENTI

Grid for exempt quotas

N. APPRENDISTI

Grid for number of apprentices

TIPO SCONTO

RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

Grid for discount type and amount

Grid for discount type and amount

ANNO

DAL / AL grid for previous period

IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

Grid for total remuneration

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

Grid for ordinary remuneration

RETRIBUZIONI SIL/ASB

Grid for SIL/ASB remuneration

QUOTE ESENTI

Grid for exempt quotas

N. APPRENDISTI

Grid for number of apprentices

TIPO SCONTO

RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

Grid for discount type and amount

Grid for discount type and amount

ANNO

DAL / AL grid for previous period

IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

Grid for total remuneration

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

Grid for ordinary remuneration

RETRIBUZIONI SIL/ASB

Grid for SIL/ASB remuneration

QUOTE ESENTI

Grid for exempt quotas

N. APPRENDISTI

Grid for number of apprentices

TIPO SCONTO

RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

Grid for discount type and amount

Grid for discount type and amount

ANNO

DAL / AL grid for previous period

IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

Grid for total remuneration

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

Grid for ordinary remuneration

RETRIBUZIONI SIL/ASB

Grid for SIL/ASB remuneration

QUOTE ESENTI

Grid for exempt quotas

N. APPRENDISTI

Grid for number of apprentices

TIPO SCONTO

RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

Grid for discount type and amount

Grid for discount type and amount

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE

Grid for date of presentation or mailing

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

Grid for signature of the company representative

CODICE FISCALE DITTA

DATA INIZIO ATTIVITA'

 / /

ALL'INAIL DI

VIA

CAP

PROVINCIA

DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI

RAGIONE SOCIALE

NATURA GIURIDICA:

TIPO (vedi istruzioni)

DATA COSTITUZIONE DITTA

 / /

CODICE ATECO (inserire se conosciuto)

. .

ISCRIZIONE ALLA C.C.I.A.A. DI:

DAL

 / /

N° DI ISCRIZIONE

APERTURA POST CESSAZIONE

DATA CESSAZIONE

 / /

MOTIVO DELLA CESSAZIONE (vedi istruzioni)

N. DIPENDENTI OCCUPATI NELLA DITTA

VIA,PIAZZA, ... (vedi all. 1)

SEDE LEGALE

N. ro

C.A.P.

COMUNE

PROV.

NAZIONE (V. Istruz.)

E-MAIL

 @

N° DI TELEFONO

PRESSO

SEDE CORRISPONDENZA

VIA,PIAZZA, ... (vedi all. 1)

N. ro

C.A.P.

COMUNE

PROV.

NAZIONE (V. Istruz.)

E-MAIL

 @

N° DI TELEFONO

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

SESSO

 M F

TIPO RESP.(vedi istruzioni)

E-MAIL

 @

N° DI TELEFONO

VIA,PIAZZA, ... (vedi all. 1)

N. ro

C.A.P.

COMUNE

PROV.

NAZIONE

COMUNE

PROV.

NAZIONE

DATA DI NASCITA

 / /

DOMICILIO

NASCITA

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O
SPEDIZIONE

 / /

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

DENUNCIA DI ISCRIZIONE DITTA - DATI ANAGRAFICI

SUBENTRO DITTA (PRECEDENTE DENOMINAZIONE)			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
COD. FISC. DITTA CEDUTA	COD. DITTA CEDUTA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ELABORAZIONE ACCENTRATA PAGHE (su autorizzazione della Direzione Provinciale del Lavoro)			
AUTORIZZAZIONE DEL <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	NUMERO <input type="text"/>		
PRESSO (cognome, nome della persona o denominazione dello studio presso il quale vengono conservati i libri regolamentari)			
<input type="text"/>			
VIA PIAZZA... (vedi all. 1)	N. ro		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C.A.P.	COMUNE	PROV.	NAZIONE (V. Istruz.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL			
<input type="text"/> @ <input type="text"/>			
N° DI TELEFONO			
<input type="text"/>			
SOGGETTO DELEGATO art. 14 T.U. / INTERMEDIARIO L. n. 12/1979		COMUNICAZIONE ALLA D.P.L.	
TIPOLOGIA DELEGATO (vedi istruzioni)	<input type="checkbox"/>	ALBO PROFESSIONALE (vedi istruzioni)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
N. ISCRIZIONE ALBO <input type="text"/>		DEL <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
CODICE FISCALE <input type="text"/>		DI <input type="text"/>	
NOMINATIVO (v. istruzioni)			
<input type="text"/>			
LUOGO DI NASCITA	PROV.	NAZIONE	DATA DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
VIA PIAZZA... (vedi all. 1)			N. ro
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
COMUNE	PROV.	NAZIONE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-MAIL			
<input type="text"/> @ <input type="text"/>			
N° DI TELEFONO			
<input type="text"/>			
MODALITA' DI RESTITUZIONE DELLE PRESTAZIONI ANTICIPATE AI SENSI DELL'ART. 70 T.U.			
<input type="checkbox"/>	ACCREDITO ITALIA	<input type="checkbox"/>	ACCREDITO ESTERO
CODICE IBAN <input type="text"/>		CODICE BIC <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Sigla internazionale	<input type="checkbox"/>	N. di controllo
<input type="checkbox"/>	CIN	<input type="checkbox"/>	ARI
<input type="checkbox"/>	CAB	N. Conto Corrente	
<input type="checkbox"/>	LOCALIZZAZIONE ASSEGNI INFORTUNI	LOCALIZZATO PRESSO:	SEDE LEGALE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			SEDE CORRISPONDENZA <input type="checkbox"/>
FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA		ALTRO INDIRIZZO <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
RISERVATA INAIL			
DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE	ASSEGNAZIONE CODICE DITTA	C.C.	FIRMA DEL FUNZIONARIO
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CODICE FISCALE DITTA

Grid for DITTA fiscal code

Quadro B

DENUNCIA N°

Grid for DENUNCIA N°

Legge n. 383/2001

Incentivazione emersione

lavoro irregolare

Checkbox for incentivazione emersione lavoro irregolare

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - SEDE DEI LAVORI

(DA USARE ANCHE PER APERTURA DI POSIZIONI ASSICURATIVE TERRITORIALI SUCCESSIVE ALLA PRIMA DENUNCIA)

COD. DITTA (compilare se già conosciuto) C.C. grid

N. SOGGETTI ASSICURATI grid

SEDE DEI LAVORI

DATA INIZIO ATTIVITA' grid

VIA, PIAZZA, ... (vedi all. 1)

Address grid

N. ro grid

C.A.P. COMUNE PROV. NAZIONE (V. Istruz.) grid

E-MAIL grid

N° DI TELEFONO grid

RESPONSABILE DELLA SICUREZZA (D.Lgs. 81/2008)

CODICE FISCALE grid

COGNOME NOME grid

LUOGO DI NASCITA PROV. NAZIONE (V. Istruz.) DATA DI NASCITA grid

VIA, PIAZZA, ... (vedi all. 1) N. ro grid

C.A.P. COMUNE DI RESIDENZA PROV. NAZIONE (V. Istruz.) grid

E-MAIL grid

N° DI TELEFONO grid

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE

Grid for data of presentation or shipment

GESTIONE: INDUSTRIA, TERZIARIO, ARTIGIANATO, ALTRE ATTIVITA' checkboxes

ASSEGNAZIONE NUMERO DI PAT

Grid for assignment number of PAT

C/C

FIRMA DEL FUNZIONARIO

Signature line for the official

CODICE FISCALE DITTA

Grid for tax code (13 boxes)

Quadro C

Legge n. 383/2001
Incentivazione emersione lavoro
irregolare

DENUNCIA N°

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

DATA INIZIO VALIDITA'

Grid for start date (DD/MM/YYYY)

LAVORAZIONE N.

Grid for work number (2 boxes)

DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO SIL/ASB
LAVORAZIONE PRINCIPALE	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<small>(in caso affermativo allegare Quadro O e OZ)</small>	
PRODOTTI FINITI E/O SERVIZI REALIZZATI	
LAVORAZIONI COMPLEMENTARI E/O SUSSIDIARIE	
IMPIANTI E ATTREZZATURE UTILIZZATE	
MEZZI DI TRASPORTO UTILIZZATI	
CICLO LAVORATIVO	
FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA	

RISERVATA INAIL

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE	VOCE DI TARIFFA	CODICE ATECO	FIRMA DEL FUNZIONARIO
Grid for date	Grid for tariff code	Grid for ATECO code	Grid for signature

Grid for tax code (13 boxes)

DENUNCIA N°

Grid for Denuncia N° (2 boxes)

DENUNCIA DI ISCRIZIONE - ASSICURAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI E ASSIMILATI - DATI RETRIBUTIVI

LAVORAZIONE N.

Grid for Lavorazione N. (2 boxes)

ANNO IN CORSO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

ANNO SUCCESSIVO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

PERIODI PRECEDENTI

ANNO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

TIPO SCONTO RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

ANNO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

TIPO SCONTO RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

ANNO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

TIPO SCONTO RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

ANNO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

TIPO SCONTO RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

ANNO

DAL / / AL / / IMPORTO TOTALE RETRIBUZIONI

DI CUI:

RETRIBUZIONI ORDINARIE

RETRIBUZIONI SIL/ASB

QUOTE ESENTI

N. APPRENDISTI

TIPO SCONTO RETRIBUZIONI SOGGETTE A SCONTO

DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE

Grid for date (DD/MM/YY)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA

Signature line