

## RICHIESTA DATI PER ACQUISIZIONE DEL D.U.R.C.

DENOMINAZIONE DITTA \_\_\_\_\_

IMPRESA

LAVORATORE AUTONOMO

**(Solo per le Imprese)**

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE APPLICATO,  
stipulato dalle Organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative,  
DEL SEGUENTE SETTORE: \_\_\_\_\_

POSIZIONE ASSICURATIVA INAIL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NR DI MATRICOLA INPS: \_\_\_\_\_

SEDE INPS COMPETENTE: \_\_\_\_\_

NR. DI ADDETTI : \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA del legale rappresentante

\_\_\_\_\_