INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Cassa Edile

Allegato

Modulo unificato	Quadro B	C.I.P. /Prot.	

I	**IMPRESA ESECUTRICE**						
1	**Tipo ditta ***	☐ *Datore di lavoro* ☐ *Gestione separata – Committente/Associante* ☐ *Lavoratore autonomo* ☐ *Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione*					
2	**Codice Fiscale ***			***E-mail***			
		Fax (1)		***E-mail PEC (2)***			
3	**Denominazione / Ragione Sociale ***						
4	**Sede legale ***	*cap*		*Comune*		*Pr*	
		Via/Piazza				*N°*	
5	**Sede operativa / Indirizzo attività ***	*cap*		*Comune*		*Pr*	
		Via/Piazza				*N°*	
6	**Recapito corrispondenza ***	☐ *sede legale* ☐ *sede operativa* ☐ *PEC*					
7	**Lavori/Forniture/Servizi ***	☐ *eseguiti* ☐ *da eseguire*					
8	**C.C.N.L. applicato ***	☐ *Edilizia* ☐ *Edile con solo impiegati e tecnici* ☐ *Altri settori ……..*					
9	**Dimensione aziendale (3)**	☐ *da 1 a 5* ☐ *da 6 a 15* ☐ *da 16 a 50* ☐ *da 51 a 100* ☐ *oltre 100*					
10	**Totale lavoratori per l'esecuzione dell'appalto (3)(4)**			**di cui dipendenti**			
11	**Data inizio lavori/appalto (4)**	___ / ___ / _____		**Data fine lavori/appalto (4)**	___ / ___ / _____		
12	**Sospensione lavori**	***Dal***	___ / ___ / _____	***Al***	___ / ___ / _____		
13	**Importo IVA esclusa ***			**Incidenza % manodopera (4)**			
II	**LAVORAZIONI (Vedere le istruzioni per la compilazione)**						
1	**Codice lavorazione ***	☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐					
III	**ENTI PREVIDENZIALI**						
1	**INAIL - codice ditta ***			**INAIL – sede competente ***			
2	**INPS – matricola azienda ***			**INPS – sede competente ***			
	INPS – codice fiscale *			**INPS – sede competente ***			
	INPS – pos. contr. individuale*			**INPS – sede competente ***			
3	**CASSA EDILE – codice impresa ***			**CASSA EDILE – sede competente ***			

(*) campi obbligatori
(1) campo obbligatorio in assenza di e-mail PEC
(2) campo obbligatorio in assenza di numero Fax
(3) campo obbligatorio solo per Datore di lavoro

Luogo/data

……

Firma richiedente

……

Mod. RD_01_AB