

DATI PER RICHIESTA DURC

| | | | | | |
|--------------------|---|--|---|----------------------|----|
| DITTA | | | | | |
| 1 | Codice Fiscale * | E-mail | | | |
| 2 | Denominazione / Ragione Sociale * | | | | |
| 3 | Sede legale* | cap | | Comune | Pr |
| | | Via/Piazza | | | N° |
| 4 | Sede operativa * | cap | | Comune | Pr |
| | | Via/Piazza | | | N° |
| 5 | Recapito corrispondenza * | <input type="checkbox"/> sede legale oppure <input type="checkbox"/> sede operativa | | | |
| 6 | Tipo Impresa * | <input type="checkbox"/> società <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo | | | |
| 8 | C.C.N.L. applicato * | | | | |
| 9 | Dimensione aziendale* | da 0 a 5 | | da 16 a 50 | |
| | | da 6 a 15 | | da 51 a 100 oltre | |
| 10 | Numero di addetti impegnati nell'appalto | | | | |
| 11 | Quota percentuale subappalto | | | | |
| ENTI PREVIDENZIALI | | | | | |
| 1 | INAIL – codice ditta* | | INAIL – posizioni Assicurative territoriali* | | |
| 2 | INPS – matricola azienda* | | INPS - sede competente* | | |
| 3 | INPS – posizione contributiva Individuale titolare/soci Imprese artigiane * | | INPS – sede competente* | | |
| 1 | Codice fiscale del Legale rappresentante | | | | |

(*) campi obbligatori

| |
|-------|
| Data |
| |

| |
|-------|
| Firma |
| |