



**SCHEDA ASSUNZIONE/ISCRIZIONE  
COLLABORATORI**

MD COLL-19

DENOMINAZIONE AZIENDA

<b>DATI DEL COLLABORATORE</b>		
COGNOME / NOME		
VIA	N°	CITTÀ
CODICE FISCALE		
LUOGO E DATA DI NASCITA		
RESIDENZA		
DOMICILIO		
TITOLO DI STUDIO		

<b>SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE:</b>		
<b>INAIL</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>INPS</b>	<input type="checkbox"/> SI	PERCENTUALE CONTRIBUTO : <input type="checkbox"/> 25,72/ 24 % ALTRE CASSE,PENSIONATI <input type="checkbox"/> 33 % TUTTE LE ALTRE IPOTESI
	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI	SPECIFICARE ENTE

<b>DESCRIZIONE PROGETTO</b>

<b>SEDE DI LAVORO</b>
<b>COMPENSO</b>
<b>DURATA</b>

LA SCRIVENTE SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE OGNI VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE SOPRAINDICATA.

**ALLEGARE: FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE.**

**LA PRESENTE DEVE PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12.00 DEL 4° GIORNO LAVORATIVO ANTECEDENTE L'INIZIO DELLA COLLABORAZIONE.**

ESEGUITO DA:	FIRMA:	DATA:
--------------	--------	-------