



**SCHEDA ASSUNZIONE/ISCRIZIONE
COLLABORATORI**

MD COLL-19

DENOMINAZIONE AZIENDA

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

SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE:		
INAIL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INPS	<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

DESCRIZIONE PROGETTO

SEDE DI LAVORO
COMPENSO
DURATA

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:
--------------	--------	-------