



Alla **Fondazione ENPAIA - Ente Nazionale di Previdenza per gli Addetti e per gli Impiegati in Agricoltura**

Viale Beethoven, 48 - 00144 Roma  
 Tel. 06/54581 - Call Center 800.010270 - Fax 06/5914444  
 Internet: www.enpaia.it E-mail: info@enpaia.it

DA RESTITUIRE COMPILATO A MACCHINA O A STAMPATELLO E SOTTOSCRITTO

<i>Il sottoscritto (cognome e nome)</i>		<i>codice fiscale</i>	
<i>nato a</i>	<i>il</i>	<i>nella sua qualità di proprietario, affittuario, amministratore unico, presidente.</i>	
<i>residente a</i>			Prov. <input type="text"/> <input type="text"/>

della Ditta sottoindicata:

Denominazione .....

<i>codice fiscale</i>	<i>partita IVA</i>
-----------------------	--------------------

Indirizzo..... Tel..... E-mail.....

C.A.P.  Comune ..... Prov.

Numero di posizione assicurativa ENPAIA (se già assegnato)

Eventuale consulente / Associazione di categoria .....

---

Barrare se si vuole che la corrispondenza venga inviata al consulente

ai sensi dell'articolo 3 della legge 29 novembre 1962, n. 1655,

**DENUNCIA L'ASSUNZIONE DI**

Cognome ..... Nome .....

Numero di matricola ENPAIA   
(se già assegnato)

Codice Fiscale

Data di nascita   Sesso

Comune o Stato di nascita ..... Prov.

Indirizzo ..... Telefono .....

Comune ..... C.A.P.  Prov.

Data di assunzione //

Con rapporto:

a) a tempo indeterminato

b) a tempo determinato (indicare la data di scadenza del termine) //

c) part-time (indicare la percentuale mensile) , %

d) primo impiego

e) formazione e lavoro

f) apprendistato 1) dal // al //  %

2) dal // al //  %

3) dal // al //  %

Livello \_\_\_\_\_

Mansioni \_\_\_\_\_

Contrattazione nazionale \_\_\_\_\_

Contrattazione reg/prov \_\_\_\_\_

Numero delle mensilità corrisposte

Mese di corresponsione della 14<sup>a</sup> mensilità

e di altre mensilità

## RETRIBUZIONE MENSILE LORDA

(Riferita al mese - intero - di assunzione)

Emolumenti contrattuali € ,

Maggiorazione per n.  scatti anticipati di anzianità € ,

(indicare la data dell'ultimo scatto)

Emolumenti extracontrattuali   € ,

€ ,

€ ,

oltre la 14<sup>o</sup>  € ,

TOTALE € ,

Timbro della Ditta e Firma \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di responsabilità

Il/La sottoscritto/a .....

dichiara, ai sensi della legge n. 15 del 31 gennaio 1968 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità civile e penale, che le informazioni e i dati contenuti nel presente modulo sono rispondenti al vero e si impegna a comunicare entro 30 giorni qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro della Ditta e Firma \_\_\_\_\_