MRD/15 (Modulo Richiesta Dati)

Spett.le
CASSA PORTIERI
C.so Trieste 10
00198 ROMA

N.B. *Compilare un modello per ogni singolo stabile*

DATI RAPPRESENTANTE LEGALE

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di:

❒ **Proprietario** ❒ **Amministratore del condominio** .....

❒ **Legale rappresentante della Società Proprietaria/Amministratrice** (cancellare ciò che non interessa):

Ragione sociale: .....

Indirizzo: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

DATI IMMOBILE

stabile sito in: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

DATI RIFERIMENTO AMMINISTRATIVO

con recapito ai fini di questa pratica in (da compilare se diverso da quello indicato sopra):

c/o ..... Via/P.zza ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

con riferimento all'iscrizione dei dipendenti al Fondo di Malattia, comunica i dati relativi al datore di lavoro ed ai dipendenti stessi

A) DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO

Codice sede SAP-INPS: |__|__|__|__| Matricola INPS: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Condominio/Società/Ente/Persona Fisica Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

B) DATI RELATIVI AI DIPENDENTI

1) Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data assunzione: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Profilo professionale: |a1|a2|a3|a4|__|-|c1|c2|c3|c4|-|d__| (❒ Part-Time(*) ore n.....) (❒ Tempo determinato(**) mesi n.....)

2) Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data assunzione: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Profilo professionale: |a1|a2|a3|a4|__|-|c1|c2|c3|c4|-|d__| (❒ Part-Time(*) ore n.....) (❒ Tempo determinato(**) mesi n.....)

3) Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data assunzione: |__|__|/|__|__|/|__|__|

Profilo professionale: |a1|a2|a3|a4|__|-|c1|c2|c3|c4|-|d__| (❒ Part-Time(*) ore n.....) (❒ Tempo determinato(**) mesi n.....)

(*) Indicare il numero di ore settimanali contrattualmente stabilito; (**) indicare la durata del contratto in mesi.

N.B. La prestazione dei dipendenti indicati ai numeri |1|2|3| (barrare le relative caselle) è regolata da un rapporto di **lavoro ripartito** (*job-sharing*) di cui all'Art.39 CCNL.

ANNOTAZIONI .....

Data ..... Firma .....