



**ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA PER I LAVORATORI DELLO SPETTACOLO
E DELLO SPORT**

DENUNCIA DI INSTAURAZIONE / TRASFORMAZIONE / CESSAZIONE DEI RAPPORTI DI LAVORO

DATI IMPRESA DI GESTIONE / ATTIVITÀ D'IMPRESA

codice gruppo

--	--	--	--	--	--

 numero attività

--	--	--	--

denominazione impresa di gestione _____

denominazione attività d'impresa _____

firma del Legale Rappresentante

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, dichiara di garantire, sotto la propria responsabilità civile e penale, la corrispondenza al vero dei dati contenuti nel presente modulo ed in particolare che i dati contributivi/retributivi indicati sono conformi alle registrazioni effettuate sui libri paga e matricola ed alla altra documentazione obbligatoria prevista per legge.

CODIFICA TIPO RAPPORTO DI LAVORO

- 1 - rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato
- 2 - rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato
- 3 - lavoro a progetto
- 4 - associato in partecipazione
- 5 - lavoratore autonomo
- 6 - socio di cooperativa subordinato o autonomo
- 0 - altro

L'impresa ha l'obbligo di denunciare all'Ente, entro e non oltre cinque giorni dalla stipulazione dei contratti, i lavoratori da essa occupati indicando la retribuzione corrisposta e tutti gli altri dati richiesti per l'iscrizione e l'accertamento dei contributi.

L'impresa è anche tenuta a comunicare la cessazione e/o qualsiasi variazione del rapporto di lavoro entro cinque giorni dal verificarsi dell'evento.

Qualora i lavoratori denunciati non siano immatricolati ne dovrà essere richiesta l'iscrizione per mezzo dell'apposito modello.

In caso di inosservanza dei termini sopra indicati le imprese saranno soggette alle sanzioni amministrative previste nei casi della fattispecie.

Il perfezionamento dell'adempimento coincide con la data di ACQUISIZIONE NELLA PROCEDURA ENPALS on-LINE, pertanto la presente richiesta dovrà essere consegnata alla SIAE con congruo anticipo. Gli operatori SIAE rilasceranno copia del presente modello, datata e timbrata per ricevuta.

Foglio n° _____ di _____

RISERVATO AGLI OPERATORI SIAE

timbro ufficio

data presentazione

	G	G		M	M		A	A		A	A		A	A
--	---	---	--	---	---	--	---	---	--	---	---	--	---	---

 data acquisizione

	G	G		M	M		A	A		A	A		A	A
--	---	---	--	---	---	--	---	---	--	---	---	--	---	---

In caso di compilazione manuale, usare caratteri STAMPATELLO, penna nera a tratto spesso.

