

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE  
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

N. A. I. L.  
BERGAMO  
08 FEB 1991  
(timbro di ricezione)

Posizione Assicurativa

N. 610920

SEDE di BERGAMO 1

**DENUNCIA DI ESERCIZIO**

per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

**Quadro A - DATORE DI LAVORO**

C.F. 01900880160

1. Nominativo Ditta Ragione sociale	<u>HYDRO WARE MILANO DI ARNOLDI &amp; C. SAS</u>		
2. Sede legale	<u>CAPRIATE SAN GERVASIO - CAP 24042</u> <u>VICOLO MILANO 2</u> <small>(Comune, CAP, Provincia, Via e n., Tel.)</small>		
3. Titolare dell'azienda	<small>(Cognome, nome, luogo e data di nascita, domicilio)</small>		
4. Legale Rappresentante	<u>ARNOLDI GIULIO - BERGAMO</u>	<u>23-12-66</u>	
	<u>CAPRIATE SAN GERVASIO - VICOLO MILANO 2</u>		<u>C.F. RNLGL166TQ3A7945</u>
	<small>(Cognome, nome, luogo e data di nascita, domicilio)</small>		
5. Persona delegata ai sensi art. 14 del D.P.R. 30 giugno 1965. n. 1124	<small>(Cognome, nome, domicilio)</small>		
6. Iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura Iscrizione all'Albo delle imprese artigiane	di <u>BERGAMO</u>	del <u>16-1-89</u>	n° d'iscrizione <u>246181</u>
	di _____	dal _____	n° d'iscrizione _____
7. Associazione di categoria alla quale è iscritta	<u>ASCOM</u>		
8. L'azienda era precedentemente intestata a: (v. avvertenze)	_____		
Residente in:	_____		

**Quadro B - ATTIVITA, LAVORAZIONE**

9. Descrizione dell'attività o della lavorazione (**)	<u>COMMERCIO E MANUTENZIONE</u> <u>PIANTE</u>		
	_____ eseguita _____ in _____ serie (**)		
<small>(*) Per ogni lavorazione principale deve essere presentata alla Sede dell'INAIL territorialmente competente separata denuncia di esercizio (**) Riguarda le imprese artigiane (cancellare la dizione che non ricorre).</small>			
10. Descrizione completa e dettagliata dei cicli di operazioni adottati per la realizzazione dei prodotti e/o dei servizi. Indicazione delle materie prime e dei materiali impiegati. Notizie su eventuali metodi particolari di lavoro. (Se lo spazio non è sufficiente allegare un'apposita relazione).	<u>Si ASSICURANO IL DIPENDENTE E IL SOCIO</u> <u>CHE UTILIZZANO L'AUTOMOBILE</u>		
11. Ubicazione dello stabilimento o località dove si svolgono i lavori:	<u>CAPRIATE SAN GERVASIO</u> <u>VIA MILANO 2</u>		
12. Data d'inizio dell'attività	<u>13/2/91</u>		
13. Data della prevista cessazione di attività (per le lavorazioni temporanee) (*)	_____		

(\*) La denuncia dei lavori temporanei deve essere presentata alla Sede dell'Istituto nella cui circoscrizione territoriale l'azienda ha la sede legale. Qualora i lavori non siano eseguiti nella circoscrizione di detta Sede la denuncia deve essere presentata in duplice copia

GRANDE GRUPPO 0 - Varie



Quadro D - COMPOSIZIONE DEL PERSONALE DA ASSICURARE (V. Art. 10, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 30 del 28.2.1998)

**PROSPETTO D.1**

Riservato alle imprese NON ARTIGIANE ed alle imprese ARTIGIANE con dipendenti diversi da quelli indicati nel prospetto D.

a) sovrintendenti n. \_\_\_\_\_ b) operai n. 1 di cui minori di anni 18 n. \_\_\_\_\_  
 c) apprendisti n. \_\_\_\_\_ d) lavoratori a domicilio n. \_\_\_\_\_  
 e) viaggiatori n. \_\_\_\_\_ con trasporto e consegna della merce (Indicare si o no) \_\_\_\_\_  
 f) piazzisti n. \_\_\_\_\_ con trasporto della merce (Indicare si o no) \_\_\_\_\_  
 g) impiegati che fanno uso di veicoli a motore in via non occasionale n. \_\_\_\_\_

**PROSPETTO D.2**

Parenti del datore di lavoro e soci. Riservato alle imprese NON ARTIGIANE per indicare nominativamente il coniuge, i figli, gli altri parenti e gli affini del datore di lavoro, i soci delle cooperative e di ogni altro tipo di società anche di fatto, comunque denominata, che prestano, con o senza retribuzione, opera manuale oppure non manuale come sovrintendenti al lavoro altrui.

Cognome e nome	Indicare se socio ovvero la relazione di parentela o affinità	Retribuzione effettiva o convenzionale (*)	Periodo cui la retribuzione si riferisce (giorno-settimana-mese-anno)
ARNOLDI GIULIO	SOCIO C.F. RNL6L166T23A7945	14.400.000	Quind

(\*) ovvero quella prevista per i prestatori d'opera della stessa qualifica o professione e della stessa località.

**PROSPETTO D.3**

Riservato alle imprese ARTIGIANE (per il personale dipendente diverso da quello sottoindicato v. prospetto D.1)

Cognome e nome	Relazione di parentela o tipo di rapporto societario	Classe di retribuzione annua prescelta
Titolare		L. _____
Familiari coadiutori (*)	Relaz. di parentela	L. _____
Soci	Tipo del rapp. societario (**)	L. _____

(\*) Per familiari coadiutori devono intendersi il coniuge, i figli, gli ascendenti, i fratelli, le sorelle nonché gli equiparati (figli adottivi, affilati, naturali legalmente riconosciuti, ecc.).  
 (\*\*) Il rapporto societario va così indicato: di fatto, cooperative, ecc.

26. Ai fini del rilascio dei libri matricola e paga specificare se le retribuzioni al personale sono corrisposte settimanalmente, quindicinalmente, ovvero mensilmente: \_\_\_\_\_

(Al sensi della legge 4.10.1966, n. 640, gli artigiani senza dipendenti non sono obbligati alla tenuta dei libri matricola e paga, mentre quelli con dipendenti hanno detto obbligo ma non debbono effettuare sui libri stessi le registrazioni relative alla loro persona).

27. Esiste un servizio per le prestazioni dei soccorsi d'urgenza? \_\_\_\_\_ (in caso affermativo) con quali attrezzature e mezzi attuato? \_\_\_\_\_  
 qual'è la durata giornaliera di lavoro per ciascuno degli addetti al servizio stesso (medici, infermieri, ecc.)? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto datore di lavoro, consapevole delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso di denuncia incompleta o infedele, dichiara che le notizie e gli elementi forniti con il presente modulo sono rispondenti a verità.

Data \_\_\_\_\_ (firma) Arnoldi Giulio

Leggere - AVVERTENZE E NOTE

ISTITUTO I  
CONTI

Posizione Assicurativa

30 NOV 1992

N. 6140229/87

SEDE di BERGAMO

HYDRO WARE SRS

**DENUNCIA DI VARIAZIONE**

C.F. 61900880160  
P.IVA 01900880160

(Il datore di lavoro deve fornire tutte le notizie che gli sono richieste con i moduli predisposti dall'INAIL)

Il sottoscritto datore di lavoro notifica all'INAIL, ai sensi e per gli effetti degli artt. 12 e 14 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, che nell'esercizio dei lavori a suo tempo denunciati si sono verificate le seguenti modificazioni:

(Se trattasi di variazioni numerose o sostanziali si deve presentare nuova denuncia di esercizio)

1. Denominazione Ditta o Ragione sociale (1)	decorrenza della variazione dal .....	codice fiscale
2. Sede legale	decorrenza della variazione dal <u>1/12/89</u> <u>CAPRIATE S. GERVASIO - VIA GRASSI, 11</u> (Comune, CAP, Provincia, Via e n. Tel.)	
3. Titolare dell'azienda	decorrenza della variazione dal .....	codice fiscale
4. Legale Rappresentante	decorrenza della variazione dal .....	codice fiscale
5. Persona delegata ai sensi art. 14 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (*)	decorrenza della variazione dal .....	codice fiscale
(*) Al sensi dell'art. 14 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, il datore di lavoro che non sovrintenda personalmente alla gestione è obbligato a denunciare le generalità della persona che lo rappresenta agli effetti delle disposizioni per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.		
6. Iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura Iscrizione all'Albo delle imprese artigiane	di ..... dal ..... n° d'iscrizione .....	di ..... dal ..... n° d'iscrizione .....
7. Associazione di categoria alla quale è iscritta	decorrenza della variazione dal .....	
8. Precedente ragione sociale dell'azienda (*) (1)	titolare o legale rappresentante dell'azienda .....	
	posizione assicurativa INAIL n. .... Sede di .....	
(*) Da compilare nell'ipotesi di variazione della ragione sociale o di trasferimento totale o parziale dell'azienda da un datore di lavoro ad un altro. (1) Se trattasi di società specificarne il tipo e il codice fiscale; per le società di fatto indicare per ciascun socio, con allegato elenco, le generalità, le residenze, il codice fiscale, le mansioni specifiche. In mancanza di numero di codice fiscale indicare il numero della partita IVA.		
9. L'attività è stata sospesa L'attività a suo tempo sospesa è stata ripresa L'attività è definitivamente cessata	dal ..... dal ..... il .....	
10. Proroga durata dei lavori (lavorazioni temporanee): dal ..... al .....	Importo retribuzioni che si presume saranno corrisposte al personale per il periodo di proroga: L. ....	
11. Nuovi rischi da assicurare (nuove lavorazioni intraprese, modificazioni introdotte, ecc.)	Decorrenza delle variazioni seguenti dal .....	
Descrizione completa e dettagliata dei cicli di operazioni adottati per la realizzazione dei prodotti e/o dei servizi. Indicazione delle materie prime e dei materiali impiegati. Notizie su eventuali metodi particolari di lavoro. (Se lo spazio non è sufficiente allegare un'apposita relazione).		
<u>DALL' 1/12/89 NUOVA UBICAZIONE DEI LAVORI:</u> <u>CAPRIATE S. GERVASIO - VIA GRASSI, 11</u>		
Lavorazioni complementari e sussidiarie (indicare la natura, le caratteristiche e la località) .....		



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

per il versamento dei contributi da parte dei  
DATORI DI LAVORO

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE Sede di BERGAMO

IL SOTTOSCRITTO	<u>ARNOLDI GIULIO</u> COGNOME E NOME	<u>23/12/1966</u> DATA DI NASCITA	<u>BERGAMO</u> COMUNE DI NASCITA	<u>BC</u> PROV. (S)
RESIDENTE IN	<u>BREMBATE</u> COMUNE	<u>BG</u> PROV. (SIGLA)	<u>24041</u> C.A.P.	<u>VIA CARNOVALI 16</u> FRAZIONE, VIA E NUMERO CIVICO
TITOLARE LEGALE RAPPRESENTANTE	della <u>HYDRO WARE MILANO S.R.L.</u> IMPRESA			
	<u>01900880160</u> CODICE FISCALE DELL'IMPRESA (1)	<u>CAPRIATE S. GERVASIO</u> SEDE DELL'IMPRESA	<u>BERGAMO</u> PROVINCIA	
	<u>VICOLO GRASSI 11</u> FRAZIONE, VIA E NUMERO CIVICO	<u>24042</u> C.A.P.	<u>02/90961815</u> TELEFONO	
	<u>COMMERCIO e MANUTENZIONE PIANTE DA APPARTAMENTO e DA ESERCIZIO</u> ESERCENTE ATTIVITÀ DI (2)		<u>CON LAVORAZIONE IN SERIE - NON IN SERIE (3)</u>	

CHIEDE L'INVIO DEI MODULI DI DENUNCIA NECESSARI PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI NEI CONFRONTI DEL PERSONALE DIPENDENTE (4)

### DATI SULL'ATTIVITÀ SVOLTA

A) L'ATTIVITÀ CON DIPENDENTI DELL'IMPRESA HA AVUTO INIZIO IL 13/02/1991  
I DIPENDENTI SONO (5): DIRIGENTI N°      QUADRI N°      IMPIEGATI N°      OPERAI N° 3  
APPRENDISTI N° 3 LAVORATORI A DOMICILIO N°     

B) L'IMPRESA ESEGUE GIÀ OPERAZIONI CONTRIBUTIVE CON L'INPS PRESSO LE SEDI DI       
POSIZIONI N°      E PER COMPLESSIVI N°      DIPENDE

C) L'IMPRESA È ISCRITTA ALL' INAIL POSIZIONI N° 6140229/87

D) L'AZIENDA, CON MATRICOLA INPS N° 1205535616 ERA PRECEDENTEMENTE DENOMINATA HYDRO WARE MILANO S.A.S.

E) FRA IL PERSONALE DELL'IMPRESA FIGURANO N°      FAMILIARI COADIUTORI N°      SOCI (8)

F) DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (9) CERTIFICATO CAMERA DI COMMERCIO - MODELLO TRASFORMAZIONE  
AUTORIZZAZIONI ALL' ASSUNZIONE DI APPRENDISTI - COPIA ATTO DI TRASFORMAZIONE

**1208510364**

N. 108

### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E FIRMA

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E PENALI CHE DERIVANO, IN BASE ALLE VIGENTI DISPOSIZIONI DI LEGGE, DALLA DENUNCIA DI CIRCOSTANZE RISPONDENTI A VERITÀ, S'IMPEGNA, ALTRESÌ, A PRODURRE L'ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DI CUI L'INPS, AVVALENDOSI DELLA FACOLTÀ CONCESSAGLI DALLA LEGGE, RITERRA RICHIEDERE LA CONSEGNA O LA PRESENTAZIONE IN VISIONE, A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE, IL VERIFICARSI DI CIRCOSTANZE CHE COMPORTINO RETTIFICA DEI DATI FOP CON LA ESSENTE DOMANDA COME LA TRASFORMAZIONE DELL'ATTIVITÀ ESERCITATA, IL MUTAMENTO DELLA DENOMINAZIONE O DELL'INDIRIZZO, L'APERTURA E LA CHIUSURA DIPENDENZE, LE VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL TITOLARE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE.

DATA 06/02/2001

FIRMA

Giulio Arnoldi

### NOTE

- (1) La mancata indicazione del codice fiscale, qualora comporti un ritardo nell'iscrizione, determina l'applicazione delle sanzioni civili per ritardo versamento dei contributi e le sanzioni amministrative ex art. 30 L. 23.12.1978, n. 843.
- (2) Indicare particolarmente il genere di attività svolta.
- (3) Per le sole imprese artigiane.
- (4) Qualora l'impresa intenda presentare le denunce mensili su supporto magnetico, compilare anche l'apposita domanda riprodotta a pag. 3 del presente modulo.
- (5) Nel caso in cui il personale sia distribuito fra più dipendenze, non aventi carattere di temporaneità, compilare anche il prospetto nella pagina seguente.
- (6) Indicare a quali altri enti o istituti l'impresa è iscritta per il versamento di contributi.
- (7) Nel caso di passaggio di titolarità o di successione nell'attività.
- (8) La notizia deve essere fornita solo dalle imprese artigiane, indicare il numero dei familiari soggetti all'assicurazione invalidità, vecchiaia e superstiti per gli artigiani e, in caso di società, anche il numero dei soci che prestano la loro opera presso l'impresa e sono soggetti alla medesima assicurazione.
- (9) Vedi relazione contenuta alla pag. 4.

ISTITUTO NAZIONALE DELLA  
PREVIDENZA SOCIALE

Sede di Bergamo

Si attesta che la ditta Hydra Ware Milano S.r.l.

con esercizio in Capriate S.S.

ha presentato in data odierna presso lo sportello polifunzionale di questa sede,  
le denunce di iscrizione relative a:

( indicare SI/NO )

SI

I.N.P.S.

MATRICOLA

**12085 10364**

NO

I.N.A.I.L.

NO

C.C.I.A.A.

I.N.P.S. -- SEDE DI BERGAMO -- UFFICIO Riscossione Contributi  
SETTORE OPERATIVO Iscrizioni

Gli interessati possono rilevare i nominativi dei responsabili dei procedimenti  
e dei provvedimenti di questo Settore operativo dal tabellone esposto al  
pubblico o richiedere informazioni telefoniche, e hanno facoltà di prendere  
visione degli atti del procedimento non esclusi per legge.

Avvio del procedimento il

