

MODULO DICHIARAZIONE DATI AZIENDALI PER OT23

RAGIONE SOCIALE

SEDE LEGALE	sita in via	N.	a
SEDE OPERATIVA	sita in via	N.	a
SEDE OPERATIVA	sita in via	N.	a
SEDE OPERATIVA	sita in via	N.	a

VOCE DI TARIFFA INAIL

CODICE ATECO

PAT n.	anno di apertura

N. lavoratori in forza presso l'azienda alla data odierna

RLS interno

RLST

MEDICO COMPETENTE

presente nominativo

assente

Importo complessivo tasso INAIL da pagare senza riduzione

Data

firma

Datore di Lavoro