



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

**DENUNCIA MENSILE UNIFICATA DELLE RETRIBUZIONI SOGGETTE A CONTRIBUZIONE E DELLE TRATTENUTE
A CARICO DEI LAVORATORI PENSIONATI**

DATI IMPRESA DI GESTIONE / ATTIVITÀ D'IMPRESA

codice gruppo

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

 numero attività

--	--	--

 mese

--	--

 anno

--	--	--	--

denominazione impresa di gestione _____

denominazione attività d'impresa _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il sottoscritto, _____

ai sensi e per gli effetti dle 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.

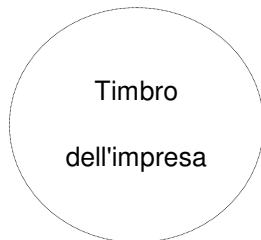
HA TRATTENUTO la quota contributiva a carico dei lavoratori

NON HA TRATTENUTO la quota contributiva a carico dei lavoratori

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

N.B. Il perfezionamento dell'adempimento coincide con la data di **ACQUISIZIONE NELLA PROCEDURA ENPALS on-LINE**. I dati relativi alla denuncia contributiva devono essere acquisiti dal sistema entro il giorno 25 del mese successivo al periodo di riferimento. La relativa modulistica andrà presentata agli Uffici SIAE almeno sette giorni lavorativi prima della predetta scadenza. Resta fermo l'obbligo di effettuare il versamento dei contributi entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento tramite modello di pagamento unificato (mod. F24/I24).



_____ firma del Legale Rappresentante

data _____

Foglio n° _____ di _____

RISERVATO AGLI OPERATORI SIAE

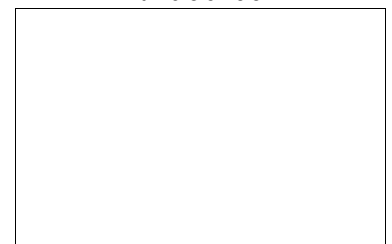
timbro ufficio

data presentazione

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

 data acquisizione

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



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

DENUNCIA MENSILE UNIFICATA: DATI DEI LAVORATORI

codice fiscale *

matricola ENPALS

cognome nome

* codice qualifica	* tabella aliquota	retribuzione o giorni di fascia antecedenti	* tipo rapporto di lavoro	codice agevolazione	* codice retribuzione	* n° giorni	* dal	* al	* retribuzione complessiva	contribuzione			trattenute pensione
										base	aggiuntiva	solidarietà	

giornate di effettivo lavoro

codice fiscale *

matricola ENPALS

cognome nome

* codice qualifica	* tabella aliquota	retribuzione o giorni di fascia antecedenti	* tipo rapporto di lavoro	codice agevolazione	* codice retribuzione	* n° giorni	* dal	* al	* retribuzione complessiva	contribuzione			trattenute pensione
										base	aggiuntiva	solidarietà	

giornate di effettivo lavoro

codice fiscale *

matricola ENPALS

cognome nome

* codice qualifica	* tabella aliquota	retribuzione o giorni di fascia antecedenti	* tipo rapporto di lavoro	codice agevolazione	* codice retribuzione	* n° giorni	* dal	* al	* retribuzione complessiva	contribuzione			trattenute pensione
										base	aggiuntiva	solidarietà	

giornate di effettivo lavoro

codice fiscale *

matricola ENPALS

cognome nome

* codice qualifica	* tabella aliquota	retribuzione o giorni di fascia antecedenti	* tipo rapporto di lavoro	codice agevolazione	* codice retribuzione	* n° giorni	* dal	* al	* retribuzione complessiva	contribuzione			trattenute pensione
										base	aggiuntiva	solidarietà	

giornate di effettivo lavoro

codice fiscale *

matricola ENPALS

cognome nome

* codice qualifica	* tabella aliquota	retribuzione o giorni di fascia antecedenti	* tipo rapporto di lavoro	codice agevolazione	* codice retribuzione	* n° giorni	* dal	* al	* retribuzione complessiva	contribuzione			trattenute pensione
										base	aggiuntiva	solidarietà	

giornate di effettivo lavoro

* (I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori)