



QUESTIONARIO AZIENDALE

ai fini degli adempimenti del CCNL, riduzione dei costi aziendali e per lo sconto INAIL in OT23

DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Si prega di compilare tutti i campi sotto riportati e di siglare ogni pagina del modulo (le schede incomplete o non compilate non saranno ritenute valide).

Ragione Sociale					
Indirizzo Sede Legale					
Indirizzo Sede Amm.va					
P.IVA		C.F.		TEL.	
EMAIL		PEC			
Rappresentante Legale					
Referente Aziendale					
ATECO		Numero Totale Sedi		N.Dipendenti	
Secondo la classificazione delle PMI l'azienda è: Micro Impresa <input type="checkbox"/> Piccola Impresa <input type="checkbox"/> Media Impresa <input type="checkbox"/>					
Rappresentante/Sede Territoriale					

DATI GENERALI AZIENDA

Azienda Certificata secondo norme UNI EN ISO 9001:2005;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Azienda Certificata secondo norme ISO 45001;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Azienda Certificata secondo norme ISO 18001;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Adotta modelli di organizzazione e gestione D.Lgs. 231/01 (MOG);	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Adotta un modello Asseverato;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Usufruisce già dello sconto INAIL in OT23;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se "SI" con quale punteggio	
che l'importo Lordo Premio INAIL annuo (esclusi eventuali acconti) è di Euro:		
<i>(Chiedere i dati al proprio Consulente del Lavoro e/o Ufficio del Personale)</i>		
che la figura RSPP (Responsabile Servizio Prevenzione Protezione) è:		
Soggetto non incaricato <input type="checkbox"/>	Soggetto Aziendale Interno <input type="checkbox"/>	Soggetto Aziendale Esterno <input type="checkbox"/>
Se RSPP è un incaricato Esterno indicare il soggetto giuridico di riferimento:		
che in azienda è presente l' RLS (Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
che in azienda è presente l' RLST (Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza Territoriale)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

ADEMPIMENTI CCNL di carattere economico /assistenziale, applicato in azienda:

Adesione ad una o più Associazione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
se "SI" Sindacato Datoriale di riferimento	

RSA (Rappresentanza Sindacale Aziendale) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> o RSU (Rappresentanza Sindacale Unitaria) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--

L'Azienda adotta un Accordo di Secondo Livello/Aziendale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---

L'Azienda in busta paga versa			
E.A.R.(Elemento Aggiuntivo Retributivo)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	se "SI" importo mese	Num. mensilità:
Contributo Ente Bilaterale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	se "SI" importo mese	Num. mensilità:

SERVIZI EROGATI A FAVORE DEI LAVORATORI DA CCNL:

Assistenza Sanitaria Integrativa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
se "SI" Fondo di Riferimento	Quota mensile

L'Azienda adotta un sistema di Welfare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
se "SI" Provider di Riferimento	Budget mensile/lavoratori

Fondo Interprofessionale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
se "SI" Fondo di Riferimento	
Totale maturato	

Documentazione obbligatoria a corredo da allegare alla presente:

1. CCNL applicato sia ai dipendenti che ai dirigenti;
2. Ultima busta paga sia per i dipendenti che per i dirigenti, per ogni Matricola INPS aziendale (coprire i dati sensibili);
3. Riepilogo paghe mensile o equivalente Nota Contabile Dipendenti;
4. F24 sezione INPS o copia dei bonifici a favore dei versamenti agli Enti Bilaterali;
5. Copia fotostatica Documento di riconoscimento e del codice fiscale del Legale Rappresentante.

Luogo e data

Firma Rappresentante Legale _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e s.m.i., del Regolamento UE 2016/679, letta l'informativa in allegato fornisco il consenso per il trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo e per la loro comunicazione.

Politica della Privacy FED.IM.I così come riportato su <https://www.fedimi.it/privacy-policy/>

Luogo e data

Firma per consenso dell'informativa _____