

**ASL 1 AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA****DATI PER RICHIESTA DURC****ALLEGATO**4**RAGIONE SOCIALE****COD. FISCALE /P. IVA****ATTIVITA'****COD. ATTIVITA'****SEDE LEGALE**

Prov.	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>			n. civ.	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>	

**SEDE OPERATIVA**

Prov.	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>			n. civ.	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>	

**E-MAIL****DATI INPS**

Matricola Aziendale	<input type="text"/>				
Sede Competente cod.	<input type="text"/>	indirizzo	<input type="text"/>		
Comune	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>		

**DATI INAIL**

Cod. Ditta	<input type="text"/>	Sede competente (comune)	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>			Cap	<input type="text"/>
PAT	<input type="text"/>				

**CCNL APPLICATO****DIMENSIONE AZIENDA (n° dipendenti)****ISCRIZIONE CAMERA DI COMMERCIO****N. ISCRIZIONE**