

DENUNCIA  
PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI DI MALATTIA

MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

**A** DATI IDENTIFICATIVI

NAVE _____	CONTO/CERTIFICATO _____
PORTO D'ISCRIZIONE _____	N. _____
ARMATORE _____	
INDIRIZZO _____	C.AP. _____ LOCALITA' _____ PROV. _____
COD. FISC. _____	COD. INPS _____ POSIZ. _____

ATTIVITA'

Continua	Iniziata ripresa	Sospesa	Cessata
----------	---------------------	---------	---------

Dal \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

**B** SOMME A DEBITO

Codice	Persone	Giornate	Imponibile	Aliquota	Contributo
<b>TOTALE A DEBITO</b>					<b>.00</b>

**C** SOMME A CREDITO

Codice	Descrizione	Importo
<b>TOTALE A CREDITO</b>		<b>.00</b>
<b>IMPORTO DA VERSARE (B-C)</b>		<b>.00</b>

**D** Quote servizio

Federazione nazionale delle imprese di pesca – FEDERPESCA - (0,50%)	.00
Organizzazioni Sindacali CGIL – CISL – UIL – Settore Pesca - (0,50%)	.00

**E** Contributi associativi

Organizzazioni Sindacali CGIL – CISL – UIL – Settore Traffico	.00
Organizzazione Sindacale Lavoratori UGL-MARE	.00
Organizzazione Sindacale Lavoratori Federmar	.00
Lega Pesca	.00
	.00
	.00
<b>TOTALE</b>	<b>.00</b>

Importo versato a mezzo : _____ in data _____ (allegare copia della ricevuta)	.00
---	-----

Con la presente sottoscrizione si dichiara corrispondente al vero tutto quanto esposto sul presente modello.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ timbro e firma dell'armatore