ISTITUTO NAZIONALE
DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Mod. DM 10/2-89-V
ORIGINALE PER L'INPS

Denuncia dei dati per le regolarizzazioni contributive

COD. **SC30**

EURO

A

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

DENOMINAZIONE AZIENDA ______________________

MATRICOLA	CSC	CODICI AUTORIZZAZIONE	SEDE DI	CODICE FISCALE

PERIODO DAL MESE	PERIODO DAL ANNO	PERIODO AL MESE	PERIODO AL ANNO	N. INADEMP.	TIPO DEN.	COD.PROV.	TIPO OMISS.	N. DIPEND. REGOLARIZZATI	MESI REGOLARIZZATI NELL'ANNO
					__	__	__		TUTTI ☐ OPPURE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

B Dati retributivi	Cod.	N. dipendenti	N. giornate	Retribuzioni	Aliq. %	**C** Somme a debito del datore di lavoro	**D** Somme a credito del datore di lavoro: DESCRIZIONE	CODICE	IMPORTO
Operai	10			.00		.00	DESCRIZIONE	CODICE	IMPORTO
Impiegati	11			.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
				.00		.00			.00
Apprendisti soggetti INAIL	20		N. sett.	.00		.00			.00
Apprendisti non soggetti INAIL	21		N. sett.	.00		.00			.00
Lavoro straordinario	22		N. ore	.00		.00			.00
Trattenute a pensionati AGO	23					.00	TOTALE B	57	0 .00
TOTALI	24	0	0	0 .00			Differenza a debito da vers. dal datore di lavoro	TOT A-B	**0 .00**
TOTALE A	33					0 **.00**	Differenza a credito di cui si chiede il rimb.dal dat.di lavoro	TOT B-A	**0 .00**

I Dichiarazione del datore di lavoro

Il sottoscritto dichiara che:

I dati esposti nella presente denuncia sono conformi alle registrazioni effettuate sui libri paga e matricola

Le somme esposte a conguaglio sono state determinate in conformità alle vigenti disposizioni di legge

E' a conoscenza ed accetta che il pagamento della eventuale differenza a proprio credito, chiesta in rimborso o posta a conguaglio, verrà eseguito ove nulla osti, a titolo provvisorio sulla base dei dati forniti e con riserva da parte dell'INPS di verificare la posizione contributiva aziendale in sede di acquisizione dei dati delle corrispondenti denunce individuali.

☐ HA ☐ NON HA trattenuto la quota a carico dei lavoratori dipendenti

☐ CHIEDE il rimborso della somma a credito che non sarà portata a compensazione sul mod. F24

TUTTO QUANTO ESPOSTO SUL PRESENTE MODELLO CORRISPONDE A VERITA'

Data ______________ Firma del datore di lavoro e timbro ______________

F	**Autorizzazione CIG** Numero	**Interventi ordinari** Numero ore	**Interventi straordinari** Numero ore
64			
65			
66			
67			
68	Quote indennità anzianità	Numero dipendenti	

H	**Sgravio oneri sociali per il Mezzogiorno**		
79	Residui contributivi altre dipendenze		.00

SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE ACCETTANTE	SPAZIO RISERVATO ALL'INPS	
	Dati relativi alla compilazione o alla convalida data ______ firma dell'imp. addetto ______	Dati relativi all'acquisizione Firma dell'imp. Addetto ______ Data ______