



SCHEMA DI ADESIONE

___/___ sottoscritt _____
nat. a _____ prov. _____ il ___/___/___
Cod. Fiscale _____ Matr. INPS _____
Cod. INAIL _____ Cod. PAT _____
in qualità di _____ con sede a _____ prov. _____
Via/Piazza _____ N° _____ cap _____
Partita Iva _____ esercente l'attività _____
CCNL applicato _____
N. dipendenti _____ (contratto a tempo pieno _____, contratto part-time - fino a 20 ore settimanali - _____)

DICHIARA

di aver preso atto nel CCNL di riferimento del sistema di contribuzione a favore degli Enti Bilaterali,

DICHIARA

- di voler applicare le aliquote del CCNL di riferimento.....
- di applicare le aliquote di E.Bi.Conf. per : la bilateralità*
 il Fondo Sanitario**

* aliquote applicate per la bilateralità pari al valore dell'1% del lordo in busta paga, ripartito in misura dello 0,70% a carico dell'azienda e dello 0,30% a carico del lavoratore.

** aliquote stabilite per l'adesione ad un fondo sanitario scelto da E.Bi.Conf., pari al valore dell'1% del lordo in busta paga, ripartito in misura dello 0,70% a carico dell'azienda e dello 0,30% a carico del lavoratore

Firma Titolare o Legale Rappresentante

Data ___/___/201__

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'E.Bi.Conf. - ENTE BILATERALE CONFEDERALE e/o delle società o organizzazioni legate all'E.Bi.Conf. per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

- Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività all'E.Bi.Conf.
 Non desidero ricevere alcuna informazione

(firma del titolare o del legale rappresentante)