



SCHEDA DI ADESIONE

il/la sottoscritto/a
nato/a il
a..... prov stato Cod. Fiscale
Matr. INPS Cod. INAIL Cod. PAT
in qualità di con sede a prov.
Via/piazza n. Cap Partita IVA
esercitante 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 del 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.

Data..... (Firma Titolare o Legale Rappresentante

.....

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, concesse o strumentali, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla vchitata informativa e quanto 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

Data..... (firma del titolare o del legale rappresentante)

.....