

Spett.le

EB. SANITA' – Ente bilaterale Sanità

Via Piave 24 - 00187 Roma(RM)

CF: 92053250152

CODICE IDENTIFICATIVO

SEDE _____

Il sottoscritto _____

Titolare/legale rappresentante dell'impresa _____

Con sede in _____ via _____

Telefono _____ Fax _____

Codice fiscale _____

Partita Iva _____

Esercente attività di _____

Numero di dipendenti occupati _____

Studio paghe di riferimento _____ tel. _____ email _____

CCNL PER I LAVORATORI DI STUDI PROFESSIONALI

Con la presente comunica di aderire a **EB. SANITA'** a decorrere dal,impegnandosi ad osservarne lo Statuto, i regolamenti e quant'altro stabilito dagli organo Statutari. Si impegna a versare quanto dovuto, secondo le modalità previste dalla normativa contrattuale, sia le quote a proprio carico sia quelle di spettanza dei lavoratori in forza.

Indicare eventuale iscrizione ad associazioni di categoria _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

I datori di lavoro verseranno il contributo dovuto all'Ente Bilaterale mediante bonifico bancario intestato a:

E.PA.BI.C. ENTE PARITETICO BILATERALE CONFEDERALE

IBAN: IT 96 Q 07601 04400001060312210

CAUSALE: Adesione "Ragione sociale azienda che aderisce"

Allega le schede anagrafiche relative ai propri dipendenti, provvedendo a comunicare tempestivamente eventuali variazioni future (licenziamenti e assunzioni).

Luogo e data

Timbro e firma Titolare / Legale Rappresentante

Consenso ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) al trattamento dei dati personali

Con riferimento all'Informativa ricevuta ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR), avendo preso atto che per l'esecuzione delle operazioni e/o servizi richiesti, oltre al trattamento da parte dell'**EB. SANITA'** dei dati personali, di cui è Titolare la nostra impresa, compresi i dati qualificabili come sensibili relativi alla nostra compagine lavorativa, è necessaria la loro comunicazione ed il correlato trattamento da parte dell'INPS per il raggiungimento delle proprie finalità istituzionali e di quelle previste dalla convenzione per adesione.

Luogo e data

Timbro e firma Titolare / Legale Rappresentante

Inoltre, do il consenso per quanto riguarda il trattamento, da parte dell'**EB. SANITA'** dei nostri dati ai fini di informazione commerciale, ricerche di mercato, offerte di prodotti o servizi di Società terze anche nel caso siano effettuati per vostro conto da soggetti esterni.

Luogo e data

Timbro e firma Titolare / Legale Rappresentante

Infine, il sottoscritto, , in qualità di Titolare / Legale Rappresentante dell'impresa, attesta che l'impresa stessa ha adottato un sistema di gestione dei dati personali conforme al sopracitato Regolamento (UE) n.2016/679.

Luogo e data

Timbro e firma Titolare / Legale Rappresentante

SCHEDA DIPENDENTE

ISCRIZIONE

CESSAZIONE

Azienda:

Denominazione _____

Dipendente:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ via _____

Qualifica e livello _____

Natura del rapporto _____

Data inizio lavoro _____

Data termine lavoro _____