

Spett.le

**EB. SANITA' – Ente bilaterale Sanità**

Via Ugo Foscolo snc 20015 Parabiago (MI)

CF: 92053380157

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:

**ENTE BILATERALE SANITA'**

**IBAN: IT 47 Z 07601 04400 001043597051**

**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 \_\_\_\_\_