

Timbro Consulente del Lavoro

SCHEDA DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
Cod. Fisc. _____
nella sua qualità di _____
della ditta _____
Cod. Fisc. _____ P. IVA. _____
con sede legale a _____ (____)
Via/P.zza _____ n. _____
e sede operativa (indicare se diversa) a _____ (____)
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Fax _____ E-mail _____
esercitante l'attività di _____ settore _____
N. dipendenti _____ in lettere _____
di cui con contratto **a tempo pieno** _____
di cui con 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 conseguenza, di aderire all' **EBiNASP - Ente Bilaterale Nazionale Settore Privato** assumendo,
insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare, si impegna a versare i contributi associativi.

Data, _____

(Firma Titolare o Legale Rappresentante)

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui al D.Lgs. 196/03, Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/18 (privacy), esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, da parte di EBiNASP - Ente Bilaterale Nazionale Settore Privato e/o delle società o organizzazioni legate ad EBiNASP 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 di EBiNASP

Non desidero ricevere alcuna informazione

(Timbro del Titolare o del Legale Rappresentante)