

Timbro Consulente del Lavoro e/o
Coordinatore Sportello Lavoro

Scheda di Adesione al Sistema della Bilateralità

Il/La sottoscritto/a			
nato a		Prov.	il
Codice Fiscale		in qualità di	
dell'Azienda		Codice Fiscale	
P.IVA		Matricola/e INPS	
con sede legale a		Prov.	Via/P.zza n.
CAP	e sede operativa (indicare se diversa) a		Prov.
Via/P.zza		n.	CAP Tel.
Fax.	e-mail		PEC
Esercente l'attività di		Settore	
n. dipendenti		in lettere	

Nominativo Consulente _____ Tel. _____ Email _____

di cui con contratto a **tempo pieno** _____

di cui con contratto **part-time (fino a 20 ore settimanali)** _____

DICHIARA

di applicare il **CCNL** di riferimento _____

e di aver preso atto nel CCNL di riferimento del sistema di contribuzione a favore degli Enti Bilaterali. Dichiara, di conseguenza, di scegliere di contribuire a favore di **E.LAV. - ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI** assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi destinati al finanziamento dell'Ente Bilaterale per l'adempimento degli obblighi relativi alla Bilateralità attraverso il codice di contribuzione "**ELAV**" da indicare sui moduli **F24** e **UNIEMENS**.

di applicare, in caso di mancata previsione nel **CCNL** di riferimento, le aliquote di **E.LAV.** per la Bilateralità, pari a € 10,42.

FONDO SANITARIO

Dichiara di versare attraverso il codice di contribuzione "**ELAV**" anche la quota per il **Fondo Sanitario** prevista dal **CCNL** di riferimento applicato

BASIC
Importo Mensile € 5,00

STANDARD
Importo Mensile € 12,00

PREMIUM
Importo Mensile € 16,00

Data, _____

(Firma Titolare o Legale Rappresentante)

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa privacy - D.Lgs. 196/2003 Regolamento Europeo n° 679/2016 e D.Lgs. n° 101/2018 - esprime il consenso al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'**E.LAV. - ENTE BILATERALE DEI LAVORATORI** e/o delle società o organizzazioni legate all'**E.LAV.** 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 E.LAV.

Non desidero ricevere alcuna informazione

(Firma Titolare o Legale Rappresentante)