

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. Dichiaro, 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**. Dichiaro 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

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

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)