

SCHEDA DI ADESIONE

(Allegato 1)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ (____) il ____/____/____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ (____) Via _____ n. ____
In qualità di _____ Ditta _____
Con sede in _____ Via _____
Esercente attività di _____ Matr. INPS _____
Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
Email _____ P.E.C. _____
Tel./Fax _____ Cellulare _____

DICHIARA

- di aver preso visione, conoscere e accettare integralmente senza riserve lo Statuto ed il Regolamento dell'E.N.A.B. IMPRESE e quant'altro stabilito dagli Organi Statutari;
- di impegnarsi a corrispondere il contributo con le modalità e nei termini previsti dall'Ente stesso;
- di applicare la contribuzione prevista dal C.C.N.L. di riferimento.

Luogo e data _____, ____/____/____ Timbro e firma ditta _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

AUTORIZZAZIONE: il sottoscritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali autorizza l'E.N.A.B. IMPRESE NAZIONALE, al trattamento dei propri dati ed in particolare ad inserire e conservare in un suo archivio –banca dati elettronica - cartacea tutti i dati contenuti nel presente modulo di adesione; autorizza inoltre l'E.N.A.B. IMPRESE NAZIONALE ad inviargli comunicazioni scritte/telefoniche/email relative ad iniziative e servizi proposti dall'Ente stesso e/o da strutture ad esso collegate.

Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7, 8, 9, 10 del D.Lgs. 196/2003 rivolgendosi al titolare del trattamento ossia l'E.N.A.B. IMPRESE NAZIONALE nella persona del Presidente Pro Tempore.

Il sottoscritto assume responsabilità relativamente a tutti i dati inseriti nel presente modulo di adesione.

Luogo e data _____, ____/____/____ Timbro e firma ditta _____

Si allega Documento di Riconoscimento del Legale Rappresentante della ditta.

Timbro e firma del soggetto che ha raccolto la firma aziendale _____

SCHEDA DIPENDENTE

(Allegato 2)

ISCRIZIONE _____

CESSAZIONE _____

Denominazione Azienda _____

CF azienda _____ P IVA _____

Cognome e Nome Dipendente _____ - _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____

Residente in _____ (____) Via _____

Recapito telefonico _____ Email _____

Qualifica e livello _____

Natura del rapporto di lavoro _____

Data inizio rapporto di lavoro _____

Data fine rapporto di lavoro _____