

Azienda _____
 Sede in _____ Via _____ N. _____
 C.a.p. _____ Tel. _____ Fax _____
 E - Mail _____
 Tipo di attività _____
 Partita Iva _____ Cod.Fisc. Titol./Ammin. _____
 Matricola Inps _____ Posizione Inail _____
 Sede Inps _____ Sede Inail _____

Dipendenti in forza alla data odierna nella provincia di Lecce:										
Quadri	I Liv.	II Liv.	III Liv.	IV Liv.	V Liv.	VI Liv.	VII Liv.	Apprend.	Altro	Totale

Quali strumenti contrattuali di competenza dell'Ente Bilaterale si prevede di utilizzare:

	SI	FORSE SI	NO
Contratti di inserimento lavorativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratti di apprendistato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conciliazione delle controversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Part-time a 8 ore settimanali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività formative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modalità di pagamento del contributo 0,15%

Bonifico Bancario C/C postale
 Modello F24

Periodicità (in caso di pagamento a mezzo c/c postale o bancario)

Mensile Trimestrale Semestrale
 Annuale

L'azienda è non è Socio Confindustria / Unione di _____

Studio di consulenza / Referente Aziendale:

Tel. _____

E mail: _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA

FORMULA DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ nella sua qualità di _____
 _____ dell'impresa, ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/03,
 consente al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi dell'adesione. Consente altresì l'invio dei
 dati ai soggetti indicati nella scheda informativa ricevuta, per le finalità indicate nella stessa.

TIMBRO E FIRMA

