



EdilCassa Regionale di Basilicata sedi:

Via A. M. di Francia, 32/b
C.P. 189 - 75100 MATERA Tel. 0835.334018

Via V. Verrastro, 3/i
85100 POTENZA Tel. 0971.469037

ADESIONE EDILCASSA

Il sottoscritto _____ nella sua qualità
di _____ dell'impresa _____
con sede sociale in _____ alla Via _____
tel _____ C.F. _____ P.I.V.A. _____
n° posizione INPS _____ n° posizione INAIL _____
e-mail _____ PEC _____
(obbligatoria)

Associazione di categoria (barrare la casella di riferimento):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONFAPI MATERA | <input type="checkbox"/> API POTENZA |
| <input type="checkbox"/> CNA REGIONALE | <input type="checkbox"/> LEGA DELLE COOPERATIVE |
| <input type="checkbox"/> CONFARTIGIANATO MATERA | <input type="checkbox"/> CONFARTIGIANATO POTENZA |
| <input type="checkbox"/> CASA | <input type="checkbox"/> CONF COOPERATIVE |
| <input type="checkbox"/> NON ISCRITTO | |

COMUNICA

La propria adesione alla Edilcassa di Basilicata, provvedendo, secondo quanto previsto dallo statuto e dal regolamento, alla presentazione delle denunce mensili e i relativi accantonamenti dei lavoratori occupati e tutti i dati richiesti a partire dal mese di _____ 20 ____ e si impegna ad effettuare il primo ed i successivi versamenti ogni mese e non a conguaglio dei contributi sui conti bancari e postale alla EDILCASSA e relativi alle denunce stesse.

Il sottoscritto si impegna altresì ad accettare aumenti delle aliquote contributive derivanti da accordi nazionali e territoriali. Conferisce mandato agli organi della EDILCASSA, affinché utilizzino le somme di cui sopra in conformità e per gli scopi di cui all'art.4 dello Statuto sopra menzionato, confermando all'uopo con il presente atto tutti i necessari poteri e le opportune facoltà e ratificandone fin d'ora e senza riserve l'operato. Il sottoscritto dichiara inoltre di applicare integralmente per i propri lavoratori il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro:

- PICCOLA INDUSTRIA COOPERAZIONE ARTIGIANATO INDUSTRIA

operai n°
dipendenti n° di cui
impiegati n°

(timbro e firma dell'impresa)

STUDIO DI CONSULENZA _____
(Indicare il Cognome e relativo recapito telefonico)