



Codice Coordinatore _____

MOD. AP
Rev. 02 del 06/06/2018**MODULO DI ADESIONE A EBAFoS / PROFESSIONISTI**
- ENTE BILATERALE AZIENDALE PER LA FORMAZIONE E LA SICUREZZA -
ORGANISMO PARITETICO NAZIONALE**Anagrafica Titolare/Legale Rappresentante**

Il/La Sottoscritto/a							
Nato/a a		il		Cod. Fiscale			
Residente a				Via		CAP	
Tel		Fax		Cell.		e-mail	

Anagrafica Impresa

Ragione Sociale				Forma Giuridica		
SEDE LEGALE						
Via		CAP		Comune		Prov.
Codice Fiscale			P. IVA		N. dipendenti	
Albo Professionale / CCIAA			Matr. INPS		ATECO	
Tel.		Fax		e-mail		PEC
SEDE OPERATIVA						
Via		Comune		Prov.		N. dipendenti
Matr. INPS		Tel.		Fax		e-mail

Contratto Collettivo Nazionale applicato

CCNL applicato/i		Firmato dalle O.O.S.S.		Presenza RSA		Presenza RSU	
CCNL applicato/i		Firmato dalle O.O.S.S.		Presenza RSA		Presenza RSU	
CCNL applicato/i		Firmato dalle O.O.S.S.		Presenza RSA		Presenza RSU	
Eventuale associazione datoriale di riferimento:						N° Praticanti	

Fondo Interprofessionale

Aderisci già ad un fondo Interprofessionale?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si, quale?				
Se no, conosci il Conto Sistema "EBAFoS Formazione Continua" ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Vuoi ricevere maggiori informazione sul Conto Sistema "EBAFoS Formazione Continua" ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

La sottoscritta Azienda/Ente/Cooperativa/Istituzione/Sindacato chiede di iscriversi ad EBAFoS - Ente Bilaterale per la Formazione e la Sicurezza, accettando le condizioni generali di cui allo statuto e relativi regolamenti, impegnandosi ad assolvere nei confronti dell'Ente tutti gli adempimenti previsti dal CCNL, dagli accordi interconfederali, Nazionali e Regionali. La presente vale come manifestazione di volontà di partecipazione alla vita associativa di EBAFoS.

Il modulo dovrà essere compilato e sottoscritto in TUTTI i campi previsti. In assenza di tutte le informazioni richieste l'adesione ad EBAFoS non andrà a buon fine.

Firma e firma
del Titolare/Legale Rappresentante

Luogo e data _____

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196 del 30/06/03 si esprime il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e alla loro comunicazione.

Luogo e data _____

Firma