

## DA INVIARE A E.BIL.GEN. (art. 2 del CCNL)

## LA SOTTOSCRITTA AZIENDA

DATI AZIENDALI

RAGIONE SOCIALE

sede legale

via cap città

sede operativa

via cap città

PARTITA IVA

CODICE FISCALE

CODICE ATTIVITÀ  
(codice ATECO 2007)Indirizzo di posta  
elettronica

Pec

Telefono

Telefax

DATI PERSONALI

LEGALE  
RAPPRESENTANTE

professione

nato/a

a Il (gg/mm/aaaa)

residente a

via cap città

CODICE FISCALE  
legale rappresentante

## ADERENTE A

ITALIA IMPRESA – SEDE DI

## COMUNICA L'APPLICAZIONE DEL CCNL

per i dipendenti di attività operanti nel campo della formazione e orientamento, della sicurezza sul lavoro, qualità e ambiente

## DA INVIARE A E.BIL.GEN. (art. 2 del CCNL)

## PER LA NUOVA ASSUNZIONE DEL LAVORATORE

DATI ADDETTO

COGNOME e NOME

nato/a

a

Il (gg/mm/aaaa)

livello

mansione come  
prevista dal CCNLCODICE FISCALE  
LAVORATORE

## PRENDE ATTO

dei contributi obbligatori e facoltativi previsti dall'applicazione di questo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e precisamente:

- ☐ DELEGA SINDACALE (1% A CARICO LAVORATORE)
- ✓ E.BIL.GEN. (0,20% A CARICO AZIENDA – 0,10% A CARICO LAVORATORE)
- ✓ SERVIZIO CONTRATTUALE (0,10% A CARICO AZIENDA)

In attesa che sia operativa la convenzione con l'INPS, il versamento va effettuato direttamente a EBILGEN

## IL VERSAMENTO MENSILE DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO A

E.BIL.GEN. – Ente Bilaterale Generale  
via Lodovico Settala, 61  
20124 MILANO

IBAN IT 62 N 03127 01605 000000002058

UNIPOL BANCA - AGENZIA 216

data

firma del legale rappresentante

INVIARE A: [supporto@ebilgen.it](mailto:supporto@ebilgen.it) o via fax allo 02 29526207