

Comunicazione di applicazione del CCNL per i **dipendenti delle parafarmacie e delle farmacie dei servizi** firmato tra ITALIA IMPRESA, UNFI e ISA Intesa Sindacato Autonomo.

LA SOTTOSCRITTA AZIENDA

DATI AZIENDALI	RAGIONE SOCIALE														
	sede legale	<i>via</i>				<i>cap</i>				<i>città</i>					
	sede operativa	<i>via</i>				<i>cap</i>				<i>città</i>					
	PARTITA IVA														
	CODICE FISCALE														
	CODICE ATTIVITÀ (codice ATECO 2007)			●			●								
	Indirizzo di posta elettronica	<i>Pec</i>													
	Telefono	<i>Telefax</i>													
DATI PERSONALI	LEGALE RAPPRESENTANTE														
	professione														
	nato/a	<i>a</i>				<i>Il (gg/mm/aaaa)</i>									
	residente a	<i>via</i>				<i>cap</i>				<i>città</i>					
	CODICE FISCALE legale rappresentante														

ADERENTE, come previsto dall'art. 2, comma 4 del CCNL a

ITALIA IMPRESA – SEDE DI

PER LA NUOVA ASSUNZIONE DEL LAVORATORE

DATI ADDETTO	COGNOME e NOME														
	nato/a	<i>a</i>				<i>Il (gg/mm/aaaa)</i>									
	livello														
	mansione come prevista dal CCNL														
	CODICE FISCALE LAVORATORE														

Comunicazione di applicazione del CCNL per i **dipendenti delle parafarmacie e delle farmacie dei servizi** firmato tra ITALIA IMPRESA, UNFI e ISA Intesa Sindacato Autonomo.

PRENDE ATTO

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

- DELEGA SINDACALE – art. 151, comma 29 (1% A CARICO LAVORATORE)
- ✓ ENTE BILATERALE – art. 156 (0,20% A CARICO AZIENDA – 0,10% A CARICO LAVORATORE)
- ✓ ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA – art. 160 (A CARICO AZIENDA)
- ✓ SERVIZIO CONTRATTUALE – art. 162 (0,10% A CARICO AZIENDA)
In attesa che sia operativa la convenzione con l'INPS, il versamento va effettuato direttamente a ITALIA IMPRESA

VERSAMENTI ALL'ASSOCIAZIONE DATORIALE

ITALIA IMPRESA

IBAN IT 81 H 03127 01605 00000002060

UNIPOL BANCA

VERSAMENTI ALL'ENTE BILATERALE

Per gli estremi di versamento, contattare la segreteria associativa.

data

firma del legale rappresentante

INVIARE A: segreteria@italiainpresa.it o via fax allo **02 29526207**