

SCHEMA ANAGRAFICA AZIENDA

DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Denominazione Azienda	
Natura Giuridica	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Regione	
Provincia	
Comune	
CAP	
Indirizzo	
Telefono	
Fax	
E-mail	
PEC	
Numero Posizione INPS	
Numero Posizione INAIL	
Attività prevalente	
Titolare di Licenza Prefettizia ex art. 134 TULPS	
Vigilanza o Investigazioni	
Numero Unità Locali	
Codice Attività ATECO	
Data adesione a Fonditalia (gg/mm/aaaa)	
Numero Totale Dipendenti	
Numero Dipendenti Uomini	
Numero Dipendenti Donne	
Numero Dipendenti Full-Time	
Numero Dipendenti Part-Time	
Numero Dipendenti Apprendisti	
Numero Dipendenti C.F.L.	

LEGALE RAPPRESENTANTE / TITOLARE

Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	
Nato a	
Data di Nascita	

Cellulare	
-----------	--

CONSULENTE DEL LAVORO

Cognome	
Nome	
Telefono	
Fax	
Cellulare	
E-mail	
PEC	

Il sottoscritto consente all'Ente Bilaterale ENBISIT di trattare tutti i dati raccolti nel presente modulo al fine di consentire allo stesso di svolgere le funzioni previste dal suo statuto.

Esprime, altresì, il consenso per il trattamento di tutti i dati aziendali contenuti nel presente modello.

Luogo e Data

Timbro e Firma Azienda

La sottoscritta Ditta dichiara di applicare il CCNL per i dipendenti delle Agenzie di Sicurezza Sussidiaria e degli Istituti Investigativi e di Sicurezza del 28/01/2011 e successivi rinnovi (Controllo Attività Spettacolo – Intrattenimento – Commerciali – Fieristiche – Servizi di Accoglienza – Guardiania – Monitoraggio Aree) e si impegna a versare i contributi – a carico ditta e dipendente – all'Ente Bilaterale entro i termini stabiliti dall'apposito regolamento. Il sottoscritto assume la responsabilità relativamente a tutti i dati inseriti nel presente modello di versamento.

Luogo e Data

Timbro e Firma Azienda

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore

NOTA: La presente Scheda debitamente compilata, timbrata, datata e sottoscritta deve essere inviata all'indirizzo PEC posta@pec.enbisit.it