



Timbro Consulente del Lavoro e/o  
Coordinatore Sportello Lavoro

## Scheda di Adesione al Sistema della Bilateralità

Il/La sottoscritto/a			
nato a		Prov.	il
Codice Fiscale		in qualità di	
dell'Azienda		Codice Fiscale	
P.IVA		Matricola/e INPS	
con sede legale a		Prov.	Via/P.zza n.
CAP	e sede operativa (indicare se diversa) a		Prov.
Via/P.zza	n.	CAP	Tel.
Fax.	e-mail		PEC
Esercente l'attività di		Settore	
n. dipendenti		in lettere	

Nominativo Consulente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

di cui con contratto a **tempo pieno** \_\_\_\_\_

di cui con contratto **part-time (fino a 20 ore settimanali)** \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di applicare il **CCNL** di riferimento \_\_\_\_\_  
e di aver preso atto nel CCNL di riferimento del sistema di contribuzione a favore degli Enti Bilaterali. Dichiara, di conseguenza, di scegliere di contribuire a favore di **E.SE.LAV. - ENTE BILATERALE PER I SERVIZI AI LAVORATORI** assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi destinati al finanziamento dell'Ente Bilaterale per l'adempimento degli obblighi relativi alla Bilateralità attraverso il codice di contribuzione "**ESE6**" da indicare sui moduli **F24** e **UNIEMENS**.

di applicare, in caso di mancata previsione nel **CCNL** di riferimento, le aliquote di **E.SE.LAV.** per la Bilateralità, pari a € 11,00.

### FONDO SANITARIO

Dichiara di versare attraverso il codice di contribuzione "**ESE6**" anche la quota per il **Fondo Sanitario** prevista dal **CCNL** di riferimento applicato

**BASIC**  
**Importo Mensile € 5,00**

**STANDARD**  
**Importo Mensile € 12,00**

**PREMIUM**  
**Importo Mensile € 16,00**

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma Titolare o Legale Rappresentante)

Il sottoscritto, ricevuta l'informativa privacy - D.Lgs. 196/2003 Regolamento Europeo n° 679/2016 e D.Lgs. n° 101/2018 - esprime il consenso al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'**E.SE.LAV. - ENTE BILATERALE PER I SERVIZI AI LAVORATORI** e/o delle società o organizzazioni legate all'**E.SE.LAV.** per le finalità istituzionali, connesse o strumentali nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.

**Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività di E.SE.LAV.**

**Non desidero ricevere alcuna informazione**

\_\_\_\_\_  
(Firma Titolare o Legale Rappresentante)