



Cod. Ditta _____
(a cura del Fila)

Il Sottoscritto _____

Titolare/legale rappresentante dell'impresa _____

esercente l'attività di _____

corrente in _____

via _____ n _____,

codice fiscale _____, partita iva _____,

tel. _____, fax _____,

e-mail _____ avendo iniziato la propria attività il

_____ con attualmente in forza N _____ dipendenti (*);

È iscritta ad una delle Organizzazioni Sindacali dei datori di lavoro aderenti al FILA

SI NC

per la quale si indica come referente lo Studio Commerciale / Consulente del Lavoro

_____ , indirizzo _____,

tel. _____, fax _____,

e-mail _____

C H I E D E

l'iscrizione a Codesto Fondo a datare dal

A tale scopo si impegna, per un periodo minimo di due anni e sei mesi decorrenti dalla data di presentazione della presente domanda (fatto salvo il diritto di recesso di cui all'art. 2 di seguito riportato), a versare i contributi al FILA nella misura e con le modalità previste dal relativo STATUTO e dal REGOLAMENTO ad esso allegato che dichiara di ben conoscere ed accettare per averne in precedenza preso visione.

Si impegna in particolare a rispettare le norme regolamentari che si riportano di seguito, senza con la specificazione derogare alla generalità.

Art. 1 – Durata ed automatico rinnovo del vincolo di adesione.

Art. 2 – Modalità del recesso.

Art. 3 – Versamenti.

Art. 4 – Mutualità.

Art. 5 – Omissioni – ritardi nei versamenti e dichiarazioni erronee o inesatte.

Art. 7 – Contributo compensativo.

Luogo

Data

Timbro e Firma

(*) Allegare: nomi, indirizzi, dati anagrafici e qualifiche dei dipendenti

(**) Barrare la casella corrispondente alla propria condizione