

# COMUNICAZIONE IMPRESA

art 3 accordo interconfederale regionale 18 novembre 2016

ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_ COSTITUITA DA \_\_\_\_\_

il sottoscritto			
in qualità di legale rappresentante dell'impresa			
n. dipendenti		sede legale	
codice fiscale		PARTITA IVA	
indirizzo sede legale		CAP	
indirizzo eventuale sede operativa		CAP	
mail		recapito telefonico	
CCNL/CCRL ADOTTATO			

in riferimento a quanto previsto dall'accordo interconfederale regionale del 18 novembre 2016 si comunica per il tramite dell'associazione .....alla Commissione provinciale di .....quanto segue in merito al piano aziendale di welfare determinato sulla base dell'art. 51 ed art. 100 del TUIR:

n. dipendenti cui si rivolge l'offerta di welfare		ANNI IN CUI VIENE ATTIVATA L'OFFERTA	
opere prestazioni e servizi rientranti nell'offerta aziendale			
tempi presumibili di attivazione dell'offerta			
VALORE MEDIO PROCAPITE DEI BENI, SERVIZI, PRESTAZIONI			
data			

firma legale rappresentante e timbro azienda

**CONSENSO TRATTAMENTO DATI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell'impresa/altri datori

ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03,  
consente all'associazione \_\_\_\_\_ il loro trattamento nella misura necessaria  
per la finalità connesse all'espletamento della procedura prevista dall'accordo interc. regionale  
del 18 novembre 2016 e delle attività connesse alla gestione, analisi ed al monitoraggio ivi previste.  
Si consente altresì la comunicazione ed il trattamento dei dati per le medesime finalità alle  
OOSS firmatarie il presente accordo.

data

firma legale rappresentante

**REGOLARITA' VERSAMENTO EBAV E SANI IN VENETO  
(per le imprese soggette all'adempimento)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell'impresa/altri datori

dichiara di aderire ad EBAV ed a SANI IN VENETO e di avere regolarità nei versamenti secondo quanto  
previsto dai rispettivi regolamenti.

data

firma legale rappresentante

**REGOLARITA' VERSAMENTO CASSA EDILE E SANI IN VENETO**

per le imprese soggette all'adempimento

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell'impresa/altri datori

dichiara di aderire alla Cassa edile ..... ed a SANI IN VENETO e di avere regolarità nei  
versamenti secondo quanto previsto dai rispettivi regolamenti.

data

firma legale rappresentante

ESITO VERIFICA DELLA COMMISSIONE PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_

la comunicazione inviata dall'impresa è coerente con quanto previsto dall'accordo regionale

la comunicazione inviata dall'impresa non è coerente con quanto previsto dall'accordo regionale in quanto:

---

---

data

firma componenti commissione provinciale