**DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Denominazione impresa | N° Codice Fiscale | | | | N° Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| Unità produttiva | | | Località | | | | | | | Provincia | | | | | | | | C.A.P. | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
| Via | | N° | Telefono | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Sede Legale (se diversa) | | | Indirizzo | | | | | | Telefono | | | | | | | E-mail | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Settore di attività | | | | CCNL applicato | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data | | | | Timbro e firma | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il sottoscritto,

al fine di consentire l’erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrative del servizio di assistenza sanitaria nazionale, chiede l’iscrizione alla Cassa Interaziendale di Assistenza del Personale degli Enti Pubblici e Parastatali, delle Società Cooperative, di Capitali, della Piccola e Media Impresa e degli Aderenti ad Associazioni professionali nel rispetto degli accordi previsti dall'accordo aziendale integrativo del CCNL.

A questo scopo, al fine di aderire al Piano Sanitario SANIS, si impegna a pagare ad UNICASSA, secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione, l’importo complessivo annuo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ calcolato come di seguito specificato quale contributo sociale annuo e € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale quota associativa annuale pari a € \_\_\_\_\_per ognuno dei n. \_\_\_\_\_ dipendenti di cui all’allegato elenco.

Per il periodo dal \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_ il sottoscritto versa l'importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ suddiviso in € \_\_\_\_\_\_ quale contributo sociale annuo e € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale quota associativa annuale

Il contributo sociale annuo è così calcolato:

* Lavoratori con contratto di 1° livello: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_/00);
* Lavoratori con contratto di 1° livello part time: € \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_00)
* Lavoratori con contratto di 2°, 3° e 4° livello: € \_\_\_\_,00 (\_\_\_\_\_\_\_/00)

DICHIARAdi aver ricevuto Statuto, Regolamento di UNICASSA e condizioni del Piano Sanitario Sanis e si impegna ad osservarne le disposizioni.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI.**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l’informativa ai sensi della L. 196/2003, e di acconsentire al trattamento dei dati personali nei limiti della stessa informativa.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ELENCO DIPENDENTI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | | | | | | | | | | | | *Cognome* | | | | | | *sesso* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | ** |
| *nata a* | | | | | | | | | | | | *Provincia* | | | | | | *Data di nascita* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Residente a* | | | | | | | | | | | | *C.A.P.* | | | | | | *Provincia* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Indirizzo* | | | | | | | | | | | | *Numero telefono* | | | | | | *E-mail* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | | Qualifica/ruolo | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | | | | | | | | | | | | *Cognome* | | | | | | *sesso* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | ** |
| *nato a* | | | | | | | | | | | | *Provincia* | | | | | | *Data di nascita* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Residente a* | | | | | | | | | | | | *C.A.P.* | | | | | | *Provincia* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Indirizzo* | | | | | | | | | | | | *Numero telefono* | | | | | | *E-mail* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | | Qualifica/ruolo | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | | | | | | | | | | | | *Cognome* | | | | | | *sesso* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | ** |
| *nata a* | | | | | | | | | | | | *Provincia* | | | | | | *Data di nascita* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Residente a* | | | | | | | | | | | | *C.A.P.* | | | | | | *Provincia* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Indirizzo* | | | | | | | | | | | | *Numero telefono* | | | | | | *E-mail* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | | Qualifica/ruolo | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | | | | | | | | | | | | *Cognome* | | | | | | *sesso* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | ** |
| *nato a* | | | | | | | | | | | | *Provincia* | | | | | | *Data di nascita* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Residente a* | | | | | | | | | | | | *C.A.P.* | | | | | | *Provincia* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Indirizzo* | | | | | | | | | | | | *Numero telefono* | | | | | | *E-mail* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | | Qualifica/ruolo | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | | | | | | | | | | | | *Cognome* | | | | | | *sesso* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | ** |
| *nata a* | | | | | | | | | | | | *Provincia* | | | | | | *Data di nascita* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Residente a* | | | | | | | | | | | | *C.A.P.* | | | | | | *Provincia* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Indirizzo* | | | | | | | | | | | | *Numero telefono* | | | | | | *E-mail* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | | Qualifica/ruolo | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | | | | | | | | | | | | *Cognome* | | | | | | *sesso* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | ** |
| *nato a* | | | | | | | | | | | | *Provincia* | | | | | | *Data di nascita* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Residente a* | | | | | | | | | | | | *C.A.P.* | | | | | | *Provincia* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Indirizzo* | | | | | | | | | | | | *Numero telefono* | | | | | | *E-mail* |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| *Codice fiscale* | | | | | | | | | | | | | | | | | Qualifica/ruolo | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_