

DATI ANAGRAFICI LAVORATORE
(PER NUOVI ASSUNTI O VARIAZIONI ANAGRAFICHE)

CODICE IMPRESA	MESE/ANNO	MOD.
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

COGNOME	NOME		
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
CODICE OPERAIO C.E.	COMUNE DI NASCITA (1)	PROV.(2)	DATA DI NASCITA
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>			
DOMICILIO	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
LOCALITA'	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	PROV.	CAP
	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
CODICE FISCALE	TELEFONO		
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
E - mail	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	LINGUA (3)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
ALTRI DATI (4)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		

ACCREDITO SU CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE

COGNOME INTESTATARIO	NOME INTESTATARIO		
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
Attenzione :	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
<small>Con l'indicazione dei CODICE ABI, CODICE CAB e NUMERO di CONTO CORRENTE, il lavoratore richiede che il pagamento delle proprie competenze avvenga mediante accredito diretto sul proprio conto corrente (BONIFICO) con valuta a favore del beneficiario.</small>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
CIN	DENOMINAZIONE DELLA BANCA / UFFICIO POSTALE		
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		
INDIRIZZO DELLA BANCA/UFFICIO POSTALE	CITTA'	CAP	
<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>	

Il sottoscritto chiede di poter fruire dei servizi e delle prestazioni della Cassa Edile, a norma del Contratto Collettivo Anzianale di lavoro, per gli operai dipendenti delle imprese edili ed affini, degli Accordi locali Integrativi, nonché dello Statuto e del Regolamento della Cassa Edile medesima.

Dichiara inoltre di rispettare integralmente il contratto, gli accordi e gli altri atti normativi sopra indicati.

Il sottoscritto, presa visione dei dati contenuti nella prima parte del presente modulo, ne conferma l'esattezza.

Firma del lavoratore

NOTE:

- (1) Per i lavoratori nati all'estero indicare lo STATO di nascita.
- (2) Per i lavoratori stranieri scrivere EU se provenienti da Paese dell'Unione Europea e EE se extra europeo.
- (3) indicare, per i lavoratori stranieri, la lingua conosciuta, diversa da quella italiana.
- (4) Spazio a disposizione della Cassa Edile per l'eventuale richiesta di ulteriori dati.

IMPRESA
