

Domanda di iscrizione

Alla Cassa Artigiana dell'Edilizia

Via Machiavelli, 96/c

09131 Cagliari (CA)

Tel. 070 45 25 553 Fax 070 45 26 305

e-mail: info@caesardeгна.it

sito: www.caesardeгна.it

Il Sottoscritto _____ in qualità di Responsabile
 dell'Ufficio _____ del Comune di _____
 con sede in _____ cap _____
 via _____ tel. _____, fax _____
 Cod. Fiscale _____ P. IVA n° _____
 Codice INAIL n° (cod. Ditta) _____ Posizione INPS n° _____
 Banca / Posta _____ Agenzia / Sportello _____
 ABI _____ CAB _____ c/c _____ CIN _____
 operante la propria attività nel settore:

- Edilizia Pitturazione Movimento terra Segnaletica stradale Intonaci
 Pavimentazione Asfalti Restauro Impermeabilizzazione Altro

dichiara di applicare il CCNL _____ per i dipendenti delle imprese edili

CHIEDE

di far parte della Cassa Artigiana dell'Edilizia della Sardegna con decorrenza dal ___/___/___ e di versare, con la prima denuncia mensile, la somma di € 5,00 quale quota di iscrizione alla CAE;

DICHIARA

? di aver preso visione dello Statuto Sociale e del Regolamento interno della CAE, di accettarli integralmente impegnandosi sin da ora ad adempiere a tutte le condizioni e disposizioni stabilite dagli stessi, dagli Organi Statutari e da essi derivati;

AUTORIZZA

la CAE, ai sensi dell' Art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003, al trattamento e, se necessario, alla diffusione dei propri dati.

Letto, approvato e sottoscritto.

Firma

Data ___/___/___

Allega n° ___ Mod. 3 relativi ai dipendenti in forza.

CASSA ARTIGIANA DELL'EDILIZIA

LAVORATORI NUOVI ASSUNTI / VARIAZIONE DATI (da allegare alla denuncia - Mod. 1)

**MOD. 3
OPERAI**

CODICE IMPRESA MESE / ANNO RAGIONE SOCIALE IMPRESA

COGNOME E NOME LAVORATORE CODICE FISCALE LAVORATORE

DATA DI NASCITA COMUNE / NAZIONE DI NASCITA DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. LIVELLO * ore PT/Gruppo

INDIRIZZO FISCALE COMUNE CAP PROV.

INDIRIZZO PER INVIO COMUNICAZIONI COMUNE CAP PROV.

N. SCARPE INDICARE TAGLIA ABBIGLIAMENTO DPI (VEDI SOTTO) PAGA ORARIA

S M L XL XXL

CODICE IMPRESA MESE / ANNO RAGIONE SOCIALE IMPRESA

COGNOME E NOME LAVORATORE CODICE FISCALE LAVORATORE

DATA DI NASCITA COMUNE / NAZIONE DI NASCITA DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. LIVELLO * ore PT/Gruppo

INDIRIZZO FISCALE COMUNE CAP PROV.

INDIRIZZO PER INVIO COMUNICAZIONI COMUNE CAP PROV.

N. SCARPE INDICARE TAGLIA ABBIGLIAMENTO DPI (VEDI SOTTO) PAGA ORARIA

S M L XL XXL

CODICE IMPRESA MESE / ANNO RAGIONE SOCIALE IMPRESA

COGNOME E NOME LAVORATORE CODICE FISCALE LAVORATORE

DATA DI NASCITA COMUNE / NAZIONE DI NASCITA DATA ASSUNZIONE TIPO ASS. LIVELLO * ore PT/Gruppo

INDIRIZZO FISCALE COMUNE CAP PROV.

INDIRIZZO PER INVIO COMUNICAZIONI COMUNE CAP PROV.

N. SCARPE INDICARE TAGLIA ABBIGLIAMENTO DPI (VEDI SOTTO) PAGA ORARIA

S M L XL XXL

Tipo assunzione.	
Indicare il tipo di assunzione sulla base della seguente tabella:	
	OPERAI
Tempo indeterminato	TI
Tempo determinato	TD
* Part- Time	PT
CFL/Inserimento	FL
Apprendistato *	Al+gruppo **

LIVELLI E GRUPPO APPRENDISTATO

per la corretta compilazione della casella livelli vi invitiamo a consultare la tabella presente sul nostro sito www.caesardegna.it

TAGLIE DPI	
N. SCARPE	Taglie abbigliamento:
indicare numerazione ITALIANA	Indicare le taglie secondo la seguente tabella:
	S= 44-46 M=48-50 L=52-54 XL=56-58 XXL=60-62

****VAI ALLE TABELLE GRUPPI APPRENDIST. ONLINE**

A) Dati relativi al Responsabile dell'Ufficio Personale/Ragioneria:

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Telefono / Fax (presso l'Amministrazione) _____

E_mail (presso l'Amministrazione) _____

B) Dati relativi allo studio di consulenza tenentario del servizio paghe:

Denominazione _____

Indirizzo completo _____

Responsabile paghe _____

Telefono / Fax _____

E_mail _____