

PERIODO: Ottobre 2017/Settembre 2018

RISERVATO ASSISTEDIL
CODICE

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e Nome)

CODICE FISCALE

COMUNE O LUOGO DI NASCITA

STATO DI NASCITA (1)

PROV. (2)

DATA DI NASCITA

INDIRIZZO

n° civico

CITTA'

PROV.

C.A.P.

TITOLARE

LEGALE RAPPRESENTANTE

RAGIONE SOCIALE COMPLETA

SEDE LEGALE (Indirizzo)

n° civico

CITTA'

PROV.

C.A.P.

SEDE AMMINISTRATIVA (Indirizzo)

n° civico

CITTA'

PROV.

C.A.P.

TELEFONO FISSO

TELEFONO CELLULARE

FAX

E-MAIL

PEC

CODICE FISCALE

PARTITA I.V.A.

COMPARTO: **EDILIZIA**

ALTRO _____

N° DIPENDENTI / SOCI

CHIEDE

L'ACCREDITAMENTO DELLA SOPRA INDICATA AZIENDA PER FRUIRE DEI SEGUENTI SERVIZI INTEGRATI "ACCREDIL" (3)

ACCREDIL/FORM

ACCREDIL/OPER

ACCREDIL/SIM

DICHIARA

DI ADERIRE AL FONDO PARITETICO INTERPROFESSIONALE (es.: Fondimpresa) _____

DI RIENTRARE NELLA CLASSIFICAZIONE AZIENDALE CON CATEGORIA (4)

DI AVER PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO ACCREDIL CON IMPEGNO DI TOTALE OSSERVANZA DEL MEDESIMO

DI AUTORIZZARE L'ENTE ASSISTEDIL AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.Lgs. 196/2003. (5)

SI

NO

ALLEGA

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' (6) _____

N° _____

SCADENZA _____

COPIA LIBRO UNICO DEL LAVORO DEL MESE/ANNO _____

DICHIARAZ. SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (7)

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA

NOTE

(1) STATO DI NASCITA:

Esempio: Italia, Albania, Marocco, Francia, ecc.

(2) PROVINCIA:

Per gli imprenditori nati all'estero indicare EE.

(3) SOTTOGRUPPI DEI SERVIZI INTEGRATI ACCREDIL:

SERVIZI ATTIVI NEL PERIODO: OTTOBRE 2017/SETTEMBRE 2018

| | |
|------------------|---|
| ACCREDIL / FORM: | Accredito per la formazione professionalizzante dei datori di lavoro e delle maestranze, nonché formazione per la prevenzione infortuni e sicurezza sul lavoro; |
| ACCREDIL / OPER: | Accredito per la certificazione in qualità sociale Bollino Blu; |
| ACCREDIL / SIM: | Accredito per lo sportello Impresa; |

(4) CATEGORIE DI CLASSIFICAZIONE AZIENDALE:

I.C.E.P.: Impresa edile iscritta alla Cassa Edile Polesana;
I.E.: Impresa edile non iscritta alla Cassa Edile Polesana;
A.I.: Azienda non edile - Industriale;
A.A.: Azienda non edile - Artigiana;
A.C.: Azienda non edile - Cooperativa;
L.P.: Libero Professionista e Artigiano senza dipendenti;
V: altri soggetti quali ad esempio: Consorzi, Associazioni, ecc.

(5) TUTELA DELLA PRIVACY:

L'Ente Assistedil, fatti salvi gli obblighi di Legge, ai sensi ed in conformità con l'art.13, D.Lgs. 196/2003, informa che i dati raccolti con la presente domanda di accreditamento sono destinati ad essere archiviati elettronicamente e saranno trattati solo ed esclusivamente da parte dell'Ente Assistedil per finalità amministrativo-contabili e per l'eventuale invio di comunicazioni su future iniziative in programma. Con riferimento all'art. 7, D.Lgs. 196/2003, si precisa che i dati raccolti potranno essere utilizzati ai fini di cui sopra fino ad esplicita opposizione inibitoria dell'interessato. Titolare dei trattamenti di cui sopra è l'Ente Assistedil in persona del suo Presidente pro-tempore.

(6) COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA':

Specificare se: Carta d'identità, Passaporto, Patente di guida.

N.B.: LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' E' DA INTENDERSI AI SENSI DELL'ART. 38 DEL D.P.R. 445/2000.

(7) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA':

Con la finalità di favorire la semplificazione degli adempimenti, è possibile presentare il Mod. 445 in sostituzione del Libro Unico del Lavoro.

ISTRUTTORIA ASSISTEDIL E CHECKLIST

| | | | | | |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------|------------|
| DOMANDA ACCOLTA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | RIF. _____ | DATA _____ | |
| PAGAMENTO QUOTA | <input type="checkbox"/> ASSEGNO | <input type="checkbox"/> BONIFICO | EURO _____ | DATA _____ | |
| RILASCIO CARD | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | NUM. _____ | DATA _____ | |
| RILASCIO QUIETANZA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> R | <input type="checkbox"/> F | NUM. _____ | DATA _____ |

ANNOTAZIONI: _____

Visto il Responsabile
Area E.S.E.R.

Visto il Responsabile
Area C.P.T.

Visto l'Amministrazione

Visto il capo Ufficio

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI
ACCREDITAMENTO - ACCREDIL
PERIODO: Ottobre 2017/Settembre2018

MOD.
4 4 5



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 - T.U. approvato con D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 38 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME NOME
NATO IL A PROV. NAZIONE
CODICE FISCALE IN QUALITA' DI:
(Titolare, Legale Rappr., ecc.)
DELLA DITTA (Ragione Sociale completa)
CON SEDE NEL COMUNE DI PROV.
C.A.P. VIA N°

consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione o decadenza da eventuali benefici ottenuti; così come previsto dagli artt. 75 e 76 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che i lavoratori sotto specificati sono iscritti in Azienda nel Libro Unico del Lavoro del MESE/ANNO

| | | | |
|----------------|----------------------|----------------|----------------------|
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |
| COGNOME E NOME | <input type="text"/> | CODICE FISCALE | <input type="text"/> |

SEGUE ALTRO ELENCO SI NO

Luogo e Data _____

Firma _____

RICHIESTA DI BONIFICO ORDINARIO

MOD.
B O N REV. 1



ORDINANTE

Spettabile ISTITUTO BANCARIO

Agenzia _____

Città _____

Vogliate eseguire per nostro ordine e conto mediante

BONIFICO BANCARIO - ORDINARIO

l'accredito a favore del beneficiario:

ENTE ASSISTEDIL - ROVIGO

dell'importo di EURO

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 ,

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 cent.

(_____ / _____)
in lettere cent.

presso la Banca

CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO - Sede di ROVIGO - Via G. Mazzini 9/11/13

COORDINATE BANCARIE DEL BENEFICIARIO

| PAESE | CIN EUR | CIN | ABI | CAB | NUMERO CONTO |
|-------|---------|-----|-------|-------|--------------|
| IT | 70 | R | 06225 | 12291 | 07402574881P |

CAUSALE DEL VERSAMENTO

| | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> ACCREDITI/FORM</p> <p><input type="checkbox"/> ACCREDITI/OPER</p> <p><input type="checkbox"/> ACCREDITI/SIM</p> <p>ACCREDITAMENTI</p> | <p><input type="checkbox"/> PAGAMENTO FATTURA N° _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|--|

VALUTA FISSA AL BENEFICIARIO

GIORNO MESE ANNO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Il pagamento del bonifico sopra richiesto deve essere regolato:

Contro addebito sul nostro C/C n°

Contro versamento per cassa.

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'ORDINANTE

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUTO BANCARIO

ASSISTEDIL

Sede legale: Viale Porta Po 87 45100 ROVIGO -
Tel. 0425/475333 - Fax 0425/475313 - E-mail: info@assistedil.it - Web: www.assistedil.it