

Modulo adesione Lavoratore al Fondo EBM Salute

Compilazione a cura del Lavoratore e restituzione all'Azienda

Spett.le Azienda

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____,

il _____, C.F. _____, lavoratore/lavoratrice

dell'azienda _____, con sede legale in _____,

Matricola INPS _____ ("azienda").

Vista l'obbligatorietà al versamento mensile a carico dell'Azienda, prevista dall' art.51 del CCNL per le lavoratrici ed i lavoratori addetti alla piccola e media industria metalmeccanica, orafa ed alla installazione di impianti del 3 luglio 2017 e dall'art. 1 del Regolamento di EBM Salute.

DICHIARO

di aver preso conoscenza sia del Regolamento del Fondo Sanitario Integrativo per i lavoratori metalmeccanici PMI ("EBM Salute"), nonché della guida al Piano Sanitario per i quali mi impegno a rispettare le disposizioni, per l'adesione ad EBM Salute con data di effetto ai sensi dell'art. 3.2 del Regolamento allo scopo di provvedere ai trattamenti di carattere assistenziale per me stesso e per i miei familiari fiscalmente a carico.

AUTORIZZO

per quanto occorra, espressamente, l'azienda ed EBM Salute a comunicare e trattare/fare trattare le informazioni confidenziali e/o i miei dati personali e dei miei familiari fiscalmente a carico, in virtù degli adempimenti contrattuali in tema di servizi sanitari e/o fondi sanitari.

Il presente Modulo verrà consegnato all'azienda, la quale provvederà, al versamento secondo la procedura descritta nel Regolamento di EBM Salute.

Luogo e data _____

Firma leggibile lavoratore _____