



**EDILCASSA DI PUGLIA**  
VIA NAPOLI, 329/E  
70123 – BARI  
TEL. 080 5722760 – 5722780 FAX. 080 5276570  
C.F. 93114070720  
E-mail: edilcassapuglia@hotmail.com

Cod. EDILCASSA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di  
\_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_ con  
sede in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
n. posizione INPS \_\_\_\_\_ n. posizione INAIL \_\_\_\_\_  
consulenza \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### **RICONOSCE**

di aver esaminato in ogni sua parte lo Statuto ed il regolamento dell'EDILCASSA DI PUGLIA tra le Associazioni imprenditoriali di cui all'accordo del 05/12/94 (ARCPL-LEGA, CLAAI, ANIEM-API, ASSOEDILI-CNA) e le Organizzazioni Sindacali (Fe.NEAL-UIL, FILCA CISL, FILLEA-CGIL) e i relativi contratti collettivi di lavoro, approvandone senza riserve il contenuto ed impegnandosi ad adempiere alle obbligazioni previste, Comprese le nuove integrazioni e modifiche che saranno assunte dagli Organi Collegiali.

**DICHIARA SENZA RISERVE, ANCHE A NOME DEI PROPRI DIPENDENTI, DI ADERIRE ALLA EDILCASSA DI PUGLIA con decorrenza dal mese di \_\_\_\_\_**

Dichiara altresì che l'analogo ente mutualistico presso il quale la scrivente impresa ha effettuato il versamento dei Contributi sino alla data odierna é \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a trasmettere mensilmente alla EDILCASSA le denunce mensili relative ai lavoratori occupati e tutti i dati richiesti, e si impegna ad effettuare il primo ed i successivi versamenti ogni mese e non a conguaglio dei contributi sui conti bancari e postali alla EDILCASSA e relative alle denunce stesse.

Il sottoscritto si impegna altresì ad accettare aumenti delle aliquote contributive derivanti da accordi nazionali e territoriali.

Conferisce mandato agli organi della EDILCASSA, affinché utilizzino le somme di cui sopra in conformità e per gli scopi di cui all'art. 4 dello Statuto sopra menzionato, confermando all'uopo con il presente atto tutti i necessari poteri e le opportune facoltà e ratificandone fin d'ora e senza riserve l'operato.

Il sottoscritto dichiara inoltre di applicare integralmente per i propri lavoratori il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

INDUSTRIA

COOPERAZIONE

ARTIGIANATO

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Luogo

Data

\_\_\_\_\_ Timbro e firma