



**Cod. Ditta** \_\_\_\_\_  
( a cura del Fila)

Il Sottoscritto .....

Titolare/legale rappresentante dell'impresa .....

.....

esercente l'attività di.....

corrente in ..... Via ..... n .....

Codice fiscale ....., partita iva .....

Tel. ...., fax ....., e mail .....

avendo iniziato la propria attività il ..... con attualmente

in forza N ..... dipendenti (\*);

E' iscritta ad una delle Organizzazioni Sindacali dei datori di lavoro aderenti al FILA

- SI
- NO

per la quale si indica come referente lo Studio Commerciale / Consulente del Lavoro

....., indirizzo .....

Tel ..... fax ..... E mail .....

### **CHIEDE**

**la iscrizione a Codesto Fondo a datare dal .....**

A tale scopo si impegna, per un periodo minimo di due anni e sei mesi decorrenti dalla data di presentazione della presente domanda (fatto salvo il diritto di recesso di cui all'art. 2 di seguito riportato), a versare i contributi al FILA nella misura e con le modalità previste dal relativo STATUTO e dal REGOLAMENTO ad esso allegato che dichiara di ben conoscere ed accettare per averne in precedenza preso visione.

Si impegna in particolare a rispettare le norme regolamentari che si riportano di seguito, senza con la specificazione derogare alla generalità.

**Art. 1** – Durata ed automatico rinnovo del vincolo di adesione.

**Art. 2** – Modalità del recesso.

**Art. 3** – Versamenti.

**Art. 4** – Mutualità.

**Art. 5** – Omissioni – ritardi nei versamenti e dichiarazioni erronee o inesatte.

**Art. 7** – Contributo compensativo.

Luogo

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

(\*) Allegare: nomi, indirizzi, dati anagrafici e qualifiche dei dipendenti

(\*\*) Barrare la casella corrispondente alla propria condizione