

Spettabile
Cassa di Assistenza WELFLIFE
Via Ludovisi 16
00187 Roma (RM)

Roma, li

La sottoscritta Azienda:

Ragione Sociale					
Indirizzo sede legale		N° civico	CAP	Località	PV
Indirizzo per invio della corrispondenza		N° civico	CAP	Località	PV
Codice Fiscale	Partita IVA	Esercente l'attività di:			
Telefono	Fax	E-mail			

avendo preso visione ed accettato lo Statuto ed il Normativo di codesto spettabile Fondo, conferma la volontà di aderirvi, a decorrere dalla data odierna in qualità di Socio Aggregato.

Dichiara di fornire ai propri dipendenti inquadrati nelle categorie: Dirigenti, Funzionari, Impiegati e Dipendenti in quiescenza il trattamento assistenziale integrativo previsto e disciplinato dal CCNL XXX.

Alla data odierna i dipendenti destinati a diventare "Beneficiari" delle prestazioni del Fondo sono rispettivamente:

- n°X dipendenti

L'Azienda s'impegna ad osservare le norme dell'ordinamento del Fondo, a provvedere al regolare versamento dei contributi dovuti ed a comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga nella popolazione degli Assistiti.

Restando in attesa di conferma alla domanda di adesione, porgiamo i migliori saluti.

Timbro e firma Azienda