



ID prot.
N°

Informazioni Azienda			
Ragione Sociale			
Codice Fiscale/P.IVA			
Sede Legale.	Indirizzo		
	Telefono		
	Fax		
	E-Mail		
Tipologia di CCNL applicato			
Informazioni Dipendenti aziendali		N° Maschi:	N° Femmine:
Numero totale dipendenti	N°:	N°:	N°:
Di Cui	N° Operai	N°:	N°:
	N° Impiegati:	N°:	N°:
	N° Quadri:	N°:	N°:

Commercialista / Consulente del lavoro		
Nome e Cognome	Contatti	
	Indirizzo mail	Telefono

Responsabile Conf.I.P.E.	
REG. __ PROV. __ ZON __	

FIRMA ADERENTE



Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

e residente in _____ rappresentante legale dell'azienda

_____ con sede legale in _____

AUTORIZZA

il proprio consulente del lavoro a iscrivere i dipendenti dell'azienda al Fondo Interprofessionale FonARCom a partire dalla prima mensilità utile.

Data

Firma