



# DATI ANAGRAFICI LAVORATORE

## ( PER NUOVI ASSUNTI O VARIAZIONI ANAGRAFICHE )

CODICE IMPRESA

--	--	--	--	--	--

MESE/ANNO

--	--	--	--

MOD

0	2
---	---

COGNOME				NOME			
<input style="width: 95%;" type="text"/>				<input style="width: 95%;" type="text"/>			
CODICE OPERAIO C.E.	COMUNE O LUOGO DI NASCITA (1)	PROV. (2)		DATA DI NASCITA			
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
DOMICILIO:	<input style="width: 95%;" type="text"/>						
LOCALITA' :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	C.A.P.	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
CODICE FISCALE				TELEFONO			
<input style="width: 95%;" type="text"/>				<input style="width: 95%;" type="text"/>			
E - mail	<input style="width: 95%;" type="text"/>	LINGUA	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
PAGAMENTO ACCANTONAMENTI SOLO A NATALE <input type="checkbox"/>		PAGAMENTO ACCANTONAMENTI SEMESTRALE <input type="checkbox"/>					
TAGLIA TUTA: <input type="checkbox"/>	COLORE TUTA: <input type="checkbox"/>	BLU <input type="checkbox"/>	CAKI <input type="checkbox"/>	SCARPE n°	<input type="checkbox"/>		

### ACCREDITO SU CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE

COGNOME E NOME DELL'INTESTATARI(SOLO SE DIVERSO DALL'OPERAIO)			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
<b>ATTENZIONE:</b>			
Con la presente disposizione l'operaio richiede che il pagamento delle proprie competenze avvenga mediante accredito (bonifico) sul conto corrente sopraindicato alle condizioni previste dai Regolamenti bancari in materia			
CIN	CODICE ABI	CODICE CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
DENOMINAZIONE DELLA BANCA/ UFFICIO POSTALE			
<input style="width: 95%;" type="text"/>			
INDIRIZZO DELLA BANCA / UFFICIO POSTALE	CITTA'	C.A.P.	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

Il sottoscritto chiede di poter fruire dei servizi e delle prestazioni della Cassa Edile, a norma del CCNL per gli operai dipendenti dalle imprese edili ed affini, degli Accordi locali integrativi, nonché dello Statuto e del Regolamento della Cassa Edile medesima. Il sottoscritto, presa visione dei dati contenuti nella prima parte del presente modulo, ne conferma l'esattezza, ed acconsente, ai sensi dagli artt. 11, 20, 22 della Legge 31/12/96 n. 675 al trattamento dei dati personali sia comuni che sensibili che lo riguardano funzionale alla realizzazione delle finalità della Cassa Edile e alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti di cui al CCNL. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

**Firma del lavoratore**

**NOTE:**

- (1) Per i lavoratori nati all'estero indicare lo STATO di nascita
- (2) Per i lavoratori stranieri scrivere EU se provenienti da Paese dell'Unione Europea e EE se extraeuropeo
- (3) Indicare, per i lavoratori stranieri, la lingua conosciuta, diversa da quella italiana.

**DATA.....**

**Firma e timbro dell'impresa**