



**EdilCassa Regionale di Basilicata sedi:**

Via A. M. di Francia, 32/b  
C.P. 189 - 75100 MATERA Tel. 0835.334018

Via V. Verrastro, 3/i  
85100 POTENZA Tel. 0971.469037

**ADESIONE EDILCASSA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità  
di \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_  
con sede sociale in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.I.V.A. \_\_\_\_\_  
n° posizione INPS \_\_\_\_\_ n° posizione INAIL \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
(obbligatoria)

Associazione di categoria (barrare la casella di riferimento):

- |                                                 |                                                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONFAPI MATERA         | <input type="checkbox"/> API POTENZA             |
| <input type="checkbox"/> CNA REGIONALE          | <input type="checkbox"/> LEGA DELLE COOPERATIVE  |
| <input type="checkbox"/> CONFARTIGIANATO MATERA | <input type="checkbox"/> CONFARTIGIANATO POTENZA |
| <input type="checkbox"/> CASA                   | <input type="checkbox"/> CONF COOPERATIVE        |
| <input type="checkbox"/> NON ISCRITTO           |                                                  |

**COMUNICA**

La propria adesione alla Edilcassa di Basilicata, provvedendo, secondo quanto previsto dallo statuto e dal regolamento, alla presentazione delle denunce mensili e i relativi accantonamenti dei lavoratori occupati e tutti i dati richiesti a partire dal mese di \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ e si impegna ad effettuare il primo ed i successivi versamenti ogni mese e non a conguaglio dei contributi sui conti bancari e postale alla EDILCASSA e relativi 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:

- PICCOLA INDUSTRIA     COOPERAZIONE     ARTIGIANATO     INDUSTRIA

operai n° .....  
dipendenti n° ..... di cui  
impiegati n° .....

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma dell'impresa)

STUDIO DI CONSULENZA \_\_\_\_\_  
(Indicare il Cognome e relativo recapito telefonico)