

**DENUNCIA MENSILE QUOTE EBAV e N.R.S.**

EBAV Via F.Illi Bandiera 35 30175 Marghera Venezia
Tel 0412584911 Fax 041930039
www.ebav.veneto.it - e-mail segreteria@ebav.veneto.it

PERIODO VERSAMENTO
Mese/Anno

/

Cod.Fiscale

Modello B/01-E v 1.0

Azienda

Indirizzo

Comune

Contratto

Ass.Imp. 03

Sede

DIPENDENTE Cognome e Nome

CODICE FISCALE

Qualifica
LivelloData
Ass./Dim.Forma
Rapp.Ore
LavorateTipo
RiduzioneN.R.S.
AziendaN.R.S.
Dipendente1° Livello
Azienda1° Livello
Dipendente2° Livello
Azienda2° Livello
DipendenteFondo Bil.
Sicurezza

N.Dip

TOTALI

€

€

€

€

€

€

€

IMPORTANTE

Il sottoscritto consente all'EBAV di utilizzare legittimamente tutti i dati raccolti nel presente modulo e relativi al personale, avendo la ditta conformemente a quanto previsto dal D.lgs 196/2003, provveduto nei confronti dei propri dipendenti, ai seguenti adempimenti: preventiva informazione circa l'utilizzo dei propri dati personali, raccolta per il consenso degli stessi e per la relativa comunicazione all'EBAV. Esprime, altresì, il consenso per il trattamento dei dati aziendali contenuti nel presente modello, ivi compreso quello della tabella A., essendo stato precedentemente informato sulle finalità dell'anzidetto trattamento e su quanto previsto dall'art. 13 D.lgs 196/2003.

Timbro e Firma dell'azienda

Timbro datario dell'ente accettante

L'azienda ha versato la somma di €
Di cui dichiara a suo carico diretto €

TOTALE VERSAMENTO €: