

A:
SANIMODA - Fondo di assistenza sanitaria integrativa

La sottoscritta azienda:

Ragione sociale

.....

Indirizzo

.....

Attività produttiva

.....

N. dipendenti complessivi

.....

..... (esclusi i dirigenti)

DICHIARA

di avvalersi della Clausola di salvaguardia prevista dall'art. 52, lett. d), del CCNL 2016 dei settori Assoscrittura e Assospazzole

L'esclusione dell'iscrizione a SANIMODA riguarderà:

- Tutti i dipendenti dell'azienda

- Solo una parte dei dipendenti n°

Data

Firma

.....

Da restituire a SANIMODA (info@sanimoda.it) e copia per conoscenza all'Ufficio Sindacale (sindacale@federvarie.it) entro il 20/07/2018