

Spettabile

**Confcommercio Roma**

Servizio Sindacale e Rapporti di Lavoro  
Via Marco e Marcelliano 45  
00147 Roma  
sindacale@confcommercio.roma.it  
Fax: 06 68437586

Spettabile

**EBTL Roma**

Ente Bilaterale Turismo Lazio  
Via Agostino Depretis, 70  
00184 Roma  
info@ebtl.it  
Fax: 06 48906828

**OGGETTO: Comunicazione per l'applicazione dell'Accordo Territoriale sulla detassazione**

La sottoscritta azienda .....  
con sede legale nel Comune di ..... via/p.za .....  
C.F./Partita IVA ..... n° posiz. INPS ..... n° posiz. INAIL .....  
esercente l'attività di ..... ed occupante n. .... lavoratori,  
Referente aziendale ....., tel. ..../  
fax ..../, e-mail .....

**COMUNICA**

l'applicazione della detassazione degli istituti salariali contenuti nell'Accordo Territoriale di Roma e Provincia del ....., sottoscritto da Confcommercio Roma e OO.SS. dei lavoratori – Filcams-CGIL, Fisascat-CISL, Uiltucs-UIL.

**Ai sensi di quanto previsto dall'Accordo stesso l'Azienda dichiara:**

**A) Competenza Territoriale.**

- ⇒ di avere sede legale nel territorio di Roma e Provincia.
- ⇒ di avere sedi e/o unità operative/produttive nel territorio di Roma e Provincia

[Selezionare solo se l'Azienda ha sede legale nel territorio di Roma e Provincia]

- di estendere i contenuti dell'accordo Territoriale di Roma e Provincia nelle sedi e/o unità operative/produttive site al di fuori del territorio di Roma e Provincia.

**B) Rispetto delle normative**

- ⇒ di applicare il CCNL per i dipendenti da aziende dei settori Pubblici Esercizi, Ristorazione collettiva e Commerciale e Turismo e di assolvere agli obblighi legislativi in materia di lavoro, sicurezza sociale e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- ⇒ di rispettare le disposizioni contributive di assistenza contrattuale;
- ⇒ di versare i contributi obbligatori per il finanziamento degli Enti Bilaterali;
- ⇒ di applicare la contrattazione di secondo livello

[Selezionare la voce applicata in Azienda]

- aziendale       territoriale del Turismo di Roma e Provincia;

- ⇒ di versare i contributi obbligatori in favore dell'Assistenza Sanitaria

[Selezionare la voce applicata in Azienda]

- Fondo EST       SANIMPRESA       Altro.....  
(specificare)

**F) Ulteriori dichiarazioni e/o comunicazioni**

.....  
.....

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma dell'azienda)

**Formula di consenso al trattamento dei dati personali**

Con la presente la sottoscritta autorizza l'EBTL Roma e le costituenti organizzazioni al trattamento dei dati sopra indicati ai sensi del Reg. UE 679/2016.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma dell'azienda)