



SCHEDA DI ADESIONE

Il sottoscritto/a.....

nato/a..... (.....) il ____/____/____

C.F. Partita IVA

nella qualità di della Ditta

..... nr. civ.
(via/piazza/corso)

città provincia (.....) C.A.P.(.....)

Esercente l'attività

Codice attività

Codice INPS sede territoriale 5400 (Padova)

Codice INAIL sede territoriale

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto della **Confesercenti** e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna:

a versare i contributi associativi tramite gli Istituti convenzionati (INPS, INAIL e Camera di Commercio). CONSENTE CHE L'INPS, L'INAIL e gli altri organismi convenzionati su richiamati in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311 riscuotano i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi statutari della predetta Associazione, con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabiliti dalla legge;

a versare i contributi associativi annuali secondo altre forme richieste.

In merito all'impegno assunto, il sottoscritto è consapevole che:

- ha validità annuale e quindi non frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
- l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 31 dicembre dell'anno successivo, a condizione che essa pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa, entro il 10 gennaio.

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa (a parte sottoscritta), resa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30.6.2003, n.196, Codice in materia di protezione dei dati personali, e dei diritti di cui all'art.7 del medesimo decreto consente:

- a) al trattamento dei propri dati personali ed alla relativa comunicazione nei termini e per le finalità descritte nell'informativa;
- b) al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero.
- Consente, inoltre, il trattamento dei dati all'INPS, all'INAIL ed agli altri Istituti convenzionati su richiamati, ovvero ad altri soggetti da questi incaricati, per i propri fini istituzionali e per l'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dalle convenzioni stipulate con Confesercenti.

Data ____/____/____

Firma dell'Associato _____

Firma del responsabile dell'Associazione

Timbro dell'Associazione

