



ADERENTE

DOMANDA DI ADESIONE

Codice Fiscale _____ Partita I.V.A./C.F. _____

Il sottoscritto _____ Art./Comm. _____

nato a _____ provincia _____ il _____

nella qualità di _____ della ditta _____

con sede a _____ (____) CAP _____

Via/Piazza _____ N° _____ Tel. (____) _____

esercente l'attività di _____

domiciliato in _____ (____) CAP _____

alla Via _____ N° _____ Tel. (____) _____

Codice I.N.P.S. _____ Codice I.N.A.I.L. _____

e-mail _____ URL _____

DICHIARA

di conoscere e di accettare lo Statuto dell'Associazione Fe.Pro.Pe. CLAAI della provincia di Caserta (aderente C.L.A.A.I.) e di aderire alla medesima assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare s'impegna a versare i contributi associativi. Consente che l'INPS, l'INAIL, e gli altri Istituti convenzionati in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della Legge 4 giugno 1973 n. 311, riscuota 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.

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

- ha validità annuale e non è quindi frazionabile; - si intende tacitamente rinnovato di anno in anno; - l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello della presentazione, a condizione che essa pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa, entro il 30/11 per l'INPS ed entro il 15 ottobre per l'INAIL. Avendo ricevuto, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/03, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

A) - consente al "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto dell'Associazione; B) - consente all'INPS e all'INAIL il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione suindicata; C) - consente al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero; D) - consente l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS e dall'INAIL:

Non consente quanto indicato ai punti _____

Firma dell'Associato

Data _____

Firma del Ricevente

Firma Responsabile Associazione

Timbro dell'Associazione

REVOCA AD ALTRA ASSOCIAZIONE

Spett.le _____

Spett.le _____

Il sottoscritto _____, nato il _____, residente in _____, Via _____

Cod. impresa _____, con la presente, comunica che a partire dal _____ non vuole più essere compreso all'interno degli elenchi forniti all'INPS e all'INAIL per l'esazione delle quote associative da parte della _____ La presente è valida come disdetta a tutti gli effetti.

Firma

Data _____
