

Gestioni Artigiani

 Gestione Commercianti

SAP INPS _____

Codice azienda INPS _____ Codice azienda INAIL _____

Partita IVA _____ e-mail _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Domiciliato/a in _____ Prov. _____ CAP _____

indirizzo _____ n° _____ tel. _____

nella qualità di _____ della ditta _____

con sede in _____ Prov. _____ CAP _____ indirizzo _____

_____ n° _____ tel. _____

esercente l'attività di _____

DICHIARA

di conoscere e di accettare lo Statuto dell'Associazione FenImprese e di aderire alla medesima assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi, (INPS) o per il tramite di altri Istituti convenzionati.

CONSENTE CHE L'INPS, L'INAIL e tutti gli altri istituti convenzionati

in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della Legge 12 marzo 1968 n° 334, riscuota i contributi associativi nella 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 di presentazione, a condizione che essa pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa entro il 30 novembre di ogni anno.

DELEGA

l'Associazione FenImprese a rappresentarlo/La, nell'interesse ed a tutela dei suoi diritti - in via diretta - e ad agire in nome e per conto ai sensi della legge ex art. 1387 del codice civile. Avendo ricevuto, ai sensi del D.lgs. 196/2003 l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

1. consente al "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
2. consente all'INPS ed altri Istituti convenzionati con la FenImprese 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;
3. consente al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;

DATA / / - Firma dell' Associato - _____	Timbro associazione	Non consente a quanto indicato ai nr. _____ <p style="text-align: center;">Il Responsabile Provinciale</p> _____
---	---------------------	--

REVOCA

Spett.le _____ e.p.c. _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

prov. _____ il _____ con C.F.: _____

Cod. azienda INPS _____ cod. ditta e PAT INAIL _____ / _____

INVITA

gli spett.li Uffici di gestione ART/COM, INPS ed INAIL, ai sensi delle convenzioni vigenti contratte con le Associazioni Sindacali dell'Artigianato e del Commercio per l'esazione dei contributi associativi (rif. Legge n. 311 del 4 giugno 1973), alla cancellazione immediata del proprio nominativo dal

ruolo associativo dell'Associazione Sindacale: _____

Firma

La presente è da intendersi quale disdetta sindacale a tutti gli effetti

DATA / /