



Il sottoscritto

nato a: il prov.

documento: numero

nella qualità di dell'impresa

con sede in Cap provincia

indirizzo

Telefono Cellulare

Email: P.E.C.

esercente attività di n. dipendenti

Codice Fiscale Partita IVA

Codice I.N.A.I.L. Codice P.A.T.

Note

DICHIARA:

1. di conoscere e accettare lo Statuto di Confartigianato - Imprese Terni e di aderire alla medesima Associazione assumendo insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi tramite gli istituti Cconvenzionati (INPS - INAIL) e qualora ciò non fosse possibile tramite altre forme di pagamento (bonifico,);
2. di essere a conoscenza che la sottoscritta Scheda ha validità per l'anno della sottoscrizione e per il successivo;
3. di essere a conoscenza che per gli anni a seguire ha validità annuale e non è frazionabile;
4. di essere a conoscenza che si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
5. di essere a conoscenza che l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, a condizione che essa pervenga all'Associazione, con le modalità previste dallo Statuto Sociale e della Convenzione stessa, entro il 31 Agosto dell'anno precedente.
6. di delegare l'Associazione, per la consultazione, ad accedere al proprio Cassetto Previdenziale INPS.

PRIVACY:

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 Regolamento Europeo n.679/2016, che viene resa separatamente reperibile all'indirizzo <http://www.confartigianatoterni.it> : prendo atto che per i Trattamenti di dati svolti sulla base delle finalità di cui al paragrafo 1 lett. a), b),c) il mio consenso non è richiesto, in quanto trattamenti svolti sulla base dell'adempimento di intese precontrattuali o di obblighi contrattuali intercorrenti, oppure in adempimento di obblighi di legge o perseguimento di legittimi interessi. Apponendo la firma in calce alla presente informativa ricevuta, manifesto il mio libero, pieno ed informato consenso al Trattamento dei Dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui all'informativa ricevuta e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto dalla legge, nonché alla loro comunicazione nell'ambito delle Categorie di Soggetti indicati nell'informativa stessa.

Finalità di cui alla lettera d)

Consento

Non consenso

Data

Firma dell'Associato

.....

REVOCA ISCRIZIONE

Spett.le

.....

.....

Il sottoscritto

nato a provincia il

nella qualità di dell'impresa

con sede a Cap provincia

Indirizzo

esercente attività

Codice Fiscale P. IVA

comunica con la presente che a partire dal, non vuole più essere compreso negli elenchi per l'esazione delle quote associativa da parte di codesta Associazione.

La presente è valida come disdetta a tutti gli effetti.

Data

Firma

.....

**DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI
AI SENSI DELLA LEGGE 4 GIUGNO 1973, N. 311.**

il/la sottoscritto/a nome cognome
codice fiscale nato/a il (gg/mm/aaaa)
a prov stato
residente in prov stato
indirizzo cap.....
telefono cell. email (PEC).....
in qualità di (artigiano/commerciante/altro)
sede attività n cap prov..... Codice INPS.....
Documento di identità'

AUTORIZZAZIONE ALL'INPS ALLA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Il sottoscritto....., in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311,

autorizza

l'INPS a riscuotere i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli organi statuari dell'Associazione Confartigianato Imprese unitamente ai contributi in cifra fissa trimestrale dovuti per legge, con le stesse modalità e periodicità previste dall'art. 2 della legge 2 agosto 1990 n. 233 e successive modificazioni ed integrazioni.

La presente autorizzazione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno e può essere revocata esclusivamente in forma espressa, con le modalità previste dalla convenzione sopra citata.

Ai sensi Regolamento UE 2016/679 e del decreto legislativo n.196/2003, così come integrato e modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, è chiarito che i trattamenti dei dati che la riguardano, effettuati dall'INPS per la riscossione dei contributi, sono dall'Istituto posti in essere in qualità di autonomo Titolare del trattamento e sono dallo stesso svolti attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per cui i dati sono raccolti, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalle citate norme nonché da altre disposizioni di legge e regolamenti.

L'informativa completa sui trattamenti dei dati da parte dell'INPS, resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, è consultabile sul sito istituzionale INPS www.inps.it oppure presso le sedi territoriali dell'Istituto.

Data.....

FIRMA.....

**REVOCA DELLA DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI
AI SENSI DELLA LEGGE 4 GIUGNO 1973, N. 311.**

il/la sottoscritto/a nome cognome
codice fiscale nato/a il (gg/mm/aaaa)
a prov stato
residente in prov stato
indirizzo cap.....
telefono cell. email (PEC).....
in qualità di (artigiano/commerciante/altro)
sede attività n cap prov.....
Documento di identità'

Chiede

chiedo a codesto Spett.le Istituto di prendere atto, della revoca di delega alla riscossione della quota associativa rilasciata in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311, all'Associazione

Luogo e data

Il richiedente
