



Confederazione Nazionale della Piccola e Media Impresa

Sede: Via Cesare Giulio Viola, 48 - 00100 ROMA
Sede Regionale: Via Principe di Belmonte, 103 - 90139 PALERMO
Sede Provinciale: Via G. Amendola, 37 - 92100 AGRIGENTO - TEL. 0922/403800 - FAX 0922/554708

APPOGGIARE CORRISPONDENZA - SEDE AMMINISTRATIVA: Via G. Amendola, 37 - 92100 Agrigento

E-MAIL: confimpresa@yahoo.it

IBAN BANCA

NUOVA: IT48Q 05132 16601 8135 7000 0587 intestato a Confimpresa Euromed

DOMANDA DI ADESIONE

Il sottoscritto CF nato a
il domiciliato a
Via Tel
in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta / società
con sede in via -
n 0 prov: tel ditta e / o cell fax
Partita IVA iscritta al reg Ditte n° 0
e REC 0 della CCIAA di esercente l'attività di
..... Cod INPS 0 sede territoriale di
..... Cod INAIL 0 sede territoriale di
..... Descrizione Attività
numero dipendenti 0 E - MAIL C/C n°
presso Cod ABI 0 Cod CAB 0

chiede di essere ammesso a far parte, come socio di codesta associazione.

DICHIARA

di conoscere e di accettare integralmente lo Statuto e i regolamenti di Confimpresa Euromed (Confederazione Nazionale della Piccola e Media Impresa) e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti, in particolare s'impegna a versare i contributi associativi nelle misure e nelle forme determinate dagli Organi statutari, in via diretta, o per tramite di Istituti convenzionati, anche ai sensi della Legge 4 giugno 1973 n. 311 e successive modificazioni (INPS, INAIL, altri Enti). In quest'ultimo caso, consente che la riscossione dei contributi associativi avvenga contemporaneamente e con le stesse modalità previste per il versamento dei contributi obbligatori stabiliti dalle norme di legge. È consapevole che l'eventuale revoca deve essere comunicata per iscritto alla Sede di provenienza della predetta Confederazione; che l'iscrizione si intende rinnovata fino a revoca da presentarsi in forma scritta entro il 3 settembre, ai fini della cessazione del versamento del contributo associativo; che provvederà a trasmetterla tempestivamente alla competente Sede territoriale dell'Ente previdenziale convenzionato e che, fatti salvi altri obblighi statutari, la stessa produrrà effetto, ai predetti fini, dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di presentazione. Il sottoscritto delega, altresì, la Confederazione o chi per essa per i rapporti diretti o indiretti con gli Istituti previdenziali (INPS - INAIL): Uffici Provinciali e Circostrizioni del Lavoro e Massima Occupazione, nonché per la rappresentanza e l'assistenza avanti le Commissioni. Per tutte le controversie che possono sorgere sull'applicazione dello Statuto di Confimpresa Euromed, il foro esclusivamente competente sarà quello di Agrigento con esclusione di qualsiasi altro foro. Avendo ricevuto ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, 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 (INAIL, altri Enti) 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 prestazione in regime internazionale o di trattamento da erogare all'estero;
- d) Consente l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS.

La presente annulla e sostituisce qualsiasi altra delega o adesione da me firmata ad altra Organizzazione Sindacale.

Agrigento li,

Firma dell'associato

C.D.A

Firma del Responsabile Confimpresa