



Federazione Italiana
Artigiani e Commercianti

Riferimento: _____

SCHEDA DI ADESIONE

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a, a _____ il _____ residente in _____

Via _____ CAP _____

Cod.Fisc.: _____ tel. _____

E-mail _____ Attività : _____

Commerciante **Artigiano** Nr. Albo _____ **Altro**

Cod. Attività: _____

DENOMINAZIONE _____

con sede indirizzo _____ CAP _____

Comune _____ Cod.Fisc _____

Partita IVA: _____ Nr Iscr. Reg. ditte _____ Nr REA _____

Codice INPS _____ Codice INAIL _____

Occupati: IND _____ DIP _____

presa conoscenza dello statuto nonché del regolamento interno di adesione alla F.I.A.R.COM.

DICHIARA

di accettare quanto anzidetto e di aderire alla F.I.A.R.COM. assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi nelle misure e nelle forme determinate dagli organi statuari in via diretta o per il tramite di Istituti convenzionati ai sensi della legge 04.06.73 nr. 311 e successive modificazioni (INPS. INAIL. Altri Enti). In quest'ultimo caso consente che la riscossione dei contributi associativi avvenga contemporaneamente, con le stesse modalità previste per il versamento dei contributi obbligatori stabiliti dalle norme di legge. In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che l'adesione ha validità annuale, è quindi frazionabile e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca. E' altresì consapevole che l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo a condizione che essa pervenga, entro il 30 novembre dell'anno in corso.

Avendo ricevuto ai sensi dell'art. 13 del D.to Lgs. 196/2003, e successive modificazioni, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

- consente al trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- consente all'INPS, INAIL, o 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;
- consente il trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
- consente l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS, INAIL o altri Enti Pubblici.
- Non consente quanto indicato ai punti _____.

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

Versa la quota annuale di € 25,00 sul C/C n° 001023631664 o bonifico su Iban Banco Posta IT63S0760116400001023631664

_____, *li* _____

Firma dell'Associato/a

Via Virgilio, 61 – 91100 Trapani – tel/fax 0923/873887 – 0923/1875266 – Sede nazionale 06/90282742



e-mail: fiarcomtp@gmail.com – fiarcomtrapani@pec.it - C.F./P.IVA93046440819

Sistema di Gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001:2008 – Certificato n° KI-080647 del 16/12/2013 Settore EA 37