



## TESSERAMENTO ANNO 2012

Sede Provinciale di Salerno

### SCHEDA DI ADESIONE

Il sottoscritto ..... C.F. ....  
nato/a ..... il ..... Nella qualità di .....  
della Ditta ..... esercente l'attività di  
..... con sede a ..... Via/P.zza  
..... n° ... cap ..... Tel. .... Fax.....  
Cell. .... E-mail ..... Cod.Att. ....  
Codice INPS ..... sede territoriale di .....

### DICHIARA

di conoscere e accettare lo statuto della Confesercenti e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi tramite gli Istituti convenzionati (INPS, NAIL e Camera di Commercio). CONSENTE CHE L'INPS, L'INAIL e gli altri organismi convenzionati su richiamati in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311 riscuotano 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 quindi frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
- l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, a condizione che pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa, entro il 30 novembre.

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 dalla Statuto dell'Associazione;
- b) consente all'INPS, all'INAIL e agli altri Istituti convenzionati su richiamati il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione su indicata;
- 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, dall'INAIL e dagli Istituti convenzionati su richiamati.

Non consente quanto indicato ai punti .....

Data ..... Firma .....  
(dell'Associato)

Firma .....  
(del responsabile dell'Associazione)

Timbro  
dell'Associazione

