



ALLA SEDE INPS

INAIL

### DOMANDA DI ADESIONE

GESTIONE ARTIGIANI

GESTIONE COMMERCianti

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_  
\_nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ in qualità di Artigiano/Commerciante titolare dell'impresa  
\_\_\_\_\_ esercente l'attività \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cod. Ateco \_\_\_\_\_

Codice Iscrizione INPS \_\_\_\_\_ Contro Codice INPS \_\_\_\_\_  
Codice Ditta INAIL \_\_\_\_\_ Contro Codice Ditta INAIL \_\_\_\_\_  
Codice PAT \_\_\_\_\_ Contro Codice PAT \_\_\_\_\_

Preso conoscenza dello Statuto della FAPI

#### DICHIARA

di conoscere ed accettare lo Statuto della FAPI e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi nelle misure e nelle forme determinate dagli Organi Statutari in via diretta o per il tramite di Istituti Convenzionati, ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311 e successive modificazioni (INPS, INAIL o 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.

In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che l'adesione ha validità annuale, non è quindi frazionabile e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno. 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 settembre dell'anno in corso**.

Avendo ricevuto, ai sensi della legge 193/03, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, il sottoscritto:

- consente al trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della FAPI;
- consente alla FAPI di consultare i propri dati presso tutti gli Enti al fine della riscossione dei contributi associativi e la propria posizione con altre Associazioni di Categoria;
- 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 e dall'INAIL altri ENTI.

Non consente quanto indicato ai punti \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Associato (allegare documento d'identità)

Timbro dell'Associazione e firma del Responsabile della Sede