



Confederazione Nazionale Artigiani Autonomi Piccoli e Medi Imprenditori

Sede Nazionale Via Nizza n° 46 – 00187 – ROMA

Tel. 06/92937571 – Fax. 06/92911776

email : presidenza@capimed.it – sito internet : www.capimed.it

Cod. INPS _____

Cod. INAIL _____

DOMANDA DI ADESIONE

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
(prov. _____) il _____ Codice fiscale _____
residente a _____ (Prov _____) in Via _____
n° _____, codice INPS (se conosciuto) _____, codice INAIL _____
In qualità di _____ la cui attività ha sede legale a _____
(prov. _____), via _____ CAP _____
partita IVA _____;

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto della CAPIMED (CONFEDERAZIONE NAZIONALE ARTIGIANI PICCOLI E MEDI IMPRENDITORI) e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi.

CONSENTE CHE L'INPS E L'INAIL

In conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della Legge 4 Giugno 1973 n.311, riscuota i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli organi statutari della C.A.P.I.M.E.D., 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 è 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 essa 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 il "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo statuto della CAPIMED ;
- b) consente all'INPS il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con CAPIMED;
- c) consente il trasferimento all' estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
- d) consento l' eventuale trattamento dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati all'INPS.

Non consente quanto indicato ai punti _____

Il sottoscritto con la presente conferisce alla C.A.P.I.M.E.D. per il tramite dei propri legali convenzionati , il mandato ad agire nei confronti degli istituti previdenziali e dell'associazione a cui aderiva precedentemente se verrà disattesa la propria volontà di associarsi alla C.A.P.I.M.E.D. stessa.

La C.A.P.I.M.E.D. , con la presente è autorizzata a richiedere all'INPS e all'INAIL , tutti i dati necessari per la corretta compilazione della domanda di adesione alla C.A.P.I.M.E.D. stessa incluso l'eventuale sindacato a cui il sottoscritto aderiva.

Data _____

_____ (firma associato)

Timbro associazione con firma del responsabile _____