



Confederazione Nazionale Artigiani Autonomi
Piccoli e Medi Imprenditori

SEDE NAZIONALE

Via Nizza 46 -00187 – ROMA

Email : presidenza@capimed.it

Sito internet : Capimed.it

DELEGA

...l... sottoscritt... nat... a
(prov.) il Codice fiscale
codice INPS (se conosciuto) In qualità di (1)
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.

DELEGA L'INPS

ai sensi di quanto previsto dall'art. 11 della legge 12 marzo 1968, n. 334 e successive modificazioni, a riscuotere i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli organi statutari della predetta CAPIMED con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabiliti dalla legge.

In merito alla presente delega il sottoscritto è consapevole che:

- ha validità annuale e no 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 entro il 30 settembre.

Avendo ricevuto, ai sensi dell' art. 10 della legge 196/03, 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) consente l' eventuale trattamento dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati all'INPS.

Non consente quanto indicato ai punti.....

.....
Data

.....
Firma dell' associato

.....
Timbro

.....
Firma del responsabile CAPIMED

(1) Indicare: Coltivatore diretto/Colono-Mezzadro–Imprenditore–Agricolo a titolo principale/Datore di lavoro agricolo