

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il _____
in qualità di (Titolare/Legale rappresentante) _____ della ditta/Società
_____ esercitante l'attività di _____
oppure libero professionista/persona fisica, la cui attività ha sede in _____
alla Via _____ n. _____ Cod. fiscale _____
P. Iva _____ Telefono _____ Cell. _____
E-mail _____ Pec _____

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto dell'Associazione IM.PER.AS. e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti, in particolare si impegna a versare i contributi tramite gli Istituti convenzionati (INPS - INAIL)

CONSENTE CHE L'INPS, L'INAIL

e gli altri organismi convenzionati in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata 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 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 pervenga all'Associazione con le modalità previste dalla convenzione stessa entro il 30 novembre.

I suddetti contributi associativi potranno essere effettuati anche, previa autorizzazione, con addebito tramite R.I.D. o bonifico bancario cod IBAN, o tramite C.C. postale indicati dall'Associazione.

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 dallo Statuto dell'Associazione;
- 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 l'Associazione suindicata;
- 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.

Luogo, _____ data _____ Firma dell'associato _____

Timbro e firma delegato

Timbro dell'Associazione

Il Presidente

Allegato documento di riconoscimento e codice fiscale