

SCHEDA DI ADESIONE

_____ sottoscritt _____ nat _____ a _____

(Prov. _____) il _____ Cod. Fisc. _____

residente a _____ (Prov _____) via _____ n° _____

Cod. INPS _____ in qualità di _____

della: Ditta Individuale Snc Sas Sapa Srl SpA Altro (specificare) _____

Ragione Sociale/Denominazione: _____

Insegna _____

con attività di _____ Codice Attività _____

con sede legale a _____ (_____) Via _____ n. _____

e sede commerciale a _____ (_____) Via _____ n. _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

P.IVA _____ C.F. _____ Sito Internet _____

N° dipendenti _____ E-mail _____

Chiede l'iscrizione all'UPCTS e DICHIARA

di conoscere e accettare lo Statuto dell'UNIONE PROVINCIALE COMMERCIO TURISMO E SERVIZI – CONFCOMMERCIO COMO e relative Associazioni di categoria, nonché di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare la quota associativa annua dell'UPCTS alla quale, come da Statuto, può essere data disdetta con lettera raccomandata almeno tre mesi prima, con effetto dal 1 Gennaio dell'anno successivo. Si impegna altresì al versamento dei contributi associativi tramite gli Istituti convenzionati (INPS, INAIL, ecc.).

CONSENTE CHE L'INPS, L'INAIL

ed altri organismi convenzionati in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate ai sensi della legge 311/73 riscuotano i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi Statutari della predetta Unione, 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 rinnovato 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 del D.Lgs. n. 196/03, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, il sottoscritto consente sin d'ora:

- a) il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto dell'Associazione;
- b) all'INPS, all'INAIL ed altri Istituti convenzionati 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) all'Associazione e/o a società dalla stessa incaricate a fornire servizi relativi alla gestione, mantenimento e funzionamento del sito Internet, il trattamento dei propri dati per l'utilizzo dei servizi telematici;
- d) il trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
- e) l'eventuale trattamento dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS, dall'INAIL e da altri Istituti convenzionati.

Non consente quanto indicato ai punti _____

Data _____

(Firma dell'associato)



(Firma leggibile dell'operatore UPCTS)

DATI RELATIVI AD EVENTUALI SOCI

Cognome e Nome _____	C.F. _____
nato a _____ (____) il _____	
residente a _____ (____)	
via _____	
Cell. _____	E-mail _____

Cognome e Nome _____	C.F. _____
nato a _____ (____) il _____	
residente a _____ (____)	
via _____	
Cell. _____	E-mail _____

Cognome e Nome _____	C.F. _____
nato a _____ (____) il _____	
residente a _____ (____)	
via _____	
Cell. _____	E-mail _____

DATI RELATIVI AD EVENTUALI UNITA' LOCALI

Comune _____ (____) via _____	
_____ Tel. _____ Fax _____ dipendenti n° _____	
descrizione attività _____	cod. attività _____

Comune _____ (____) via _____	
_____ Tel. _____ Fax _____ dipendenti n° _____	
descrizione attività _____	cod. attività _____

Sottoscrive, con la presente domanda, l'obbligo concernente il pagamento della quota annua associativa salvo revoca con lettera raccomandata almeno tre mesi prima, con effetto dal 1 gennaio dell'anno successivo, nelle sue varie forme ed articolazioni (Quota, Ascom, Contrin). Clausola che dichiara espressamente di accettare.

Letto, accettato e sottoscritto

Data ____/____/____

(allegare fotocopia documento d'identità)

REVOCA DA ALTRE ASSOCIAZIONI

Spett.le (*) e.p.c. Spett.le (**).....

Il sottoscritto comunica che a partire dal _____ non vuole più essere compreso all'interno degli elenchi forniti all'INPS e all'INAIL per l'esazione delle quote associative da parte della _____

La presente è valida come disdetta a tutti gli effetti.

Data, _____

Firma _____

(*) indicare la sede territoriale dell'Associazione di riferimento

(**) indicare la sede nazionale dell'Associazione di riferimento