



TESSERA N.

SCHEDA DI ADESIONE E DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI AI SENSI DELLA LEGGE 4 GIUGNO 1973, N. 311.

il/la sottoscritto/a cognome nome
codice fiscale nato/ail(gg/mm/aaaa) sesso F M
a prov. stato.
residentea prov. indirizzo cap
telefono cellulare eMail
pec in qualità di (art./comm./coadiuvante/socio/altro)
della Ditta/Società/Coop. sede attività in prov
via n. cap settore/tipo attività
Codice Ateco partitaiva telefono cellulare
eMail Codice Inps sede territoriale di

DICHIARA

avvalendosidi quantodispostodagli artt.46e47 del D.P.R.28dicembre2000n.445econsapevoledellesanzioni penalidicui all'art.76 del citato D.P.R.in caso di dichiarazioni mendacie di formazione e uso di atti falsi, di conoscere ed accettare lo Statuto nazionale CONFESERCENTI e di aderire a CONFESERCENTI NAZIONALE assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare, si impegna a versare i contributi associativi tramite gli Istituti convenzionati ai sensi della Legge 311/73 (INPS, INAIL) o tramite le altre modalità previste dalla Confesercenti Nazionale e indicate sul portale web della stessa. Il sottoscritto è consapevole che l'impegno assunto ha validità annuale, che si intende tacitamente rinnovato di anno in anno e che l'eventuale revoca, esplicitamente formulata per iscritto, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, a condizione che essa pervenga entro il 30 settembre dell'anno in corso e, per quanto specificamente attiene alla convenzione, con le ulteriori modalità in essa previste.

AUTORIZZAZIONE ALL'INPS ALLA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

AUTORIZZAZIONE ALL'INPS ALLA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Il sottoscritto....., in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311,

autorizza

l'INPS a riscuotere i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli organi statutari dell'Associazione, unitamente ai contributi in cifra fissa trimestrale dovuti per legge, con le stesse modalità e periodicità previste dall'art. 2 della legge 2 agosto 1990 n. 233 e successive modificazioni ed integrazioni

La presente autorizzazione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno e può essere revocata esclusivamente in forma espressa, con le modalità previste dalla convenzione sopra citata.

Ai sensi Regolamento UE 2016/679 e del decreto legislativo n.196/2003, così come integrato e modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, è chiarito che il trattamento dei dati che la riguardano, effettuato dall'INPS per la riscossione dei contributi, sono dall'Istituto posti in essere in qualità di autonomo Titolare del trattamento e sono dallo stesso svolti attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per cui i dati sono raccolti, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalle citate norme nonché da altre disposizioni di legge e regolamenti.

L'informativa completa sui trattamenti dei dati da parte dell'INPS, resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, è consultabile sul sito istituzionale INPS www.inps.it oppure presso le sedi territoriali dell'Istituto.

Data.....

FIRMA.....

Preso visione dell'Informativa resa da Confesercenti Nazionale ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE n. 2016/679 e del d.lgs. n. 101 del 2018, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i propri dati verranno comunicati all'INPS nell'ipotesi di autorizzazione alla riscossione dei contributi associativi e:

ACCONSENTE ACCONSENTE al trattamento dei propri dati per l'invio di materiale informativo e/o pubblicitario anche mediante telefono o internet agli associati/le per iniziative promozionali, anche per il tramite delle società di sistema.

Il sottoscritto è consapevole che l'adesione a Confesercenti Nazionale comporta l'iscrizione nel libro Soci della Hygeia Mutua Sanitaria SMS alla quale verranno comunicati i Suoi dati personali per la gestione del rapporto, con conseguente accettazione integrale dello Statuto Sociale e del Regolamento in vigore consultabili sul sito web della stessa.

Firma.....

Data

Il sottoscritto, preso visione l'Informativa fornita da Hygeia Mutua Sanitaria SMS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati sensibili secondo quanto previsto nella Informativa stessa.

Firma.....

Data

TIMBRO DELL'ASSOCIAZIONE

FIRMA DEL RESP.LE DELL'ASSOCIAZIONE

(Allegare copia documento d'identità dell'Associato)