

Il/La sottoscritto/a _____ - nata a _____ () il
 _____ - domiciliato in _____ () alla Via _____ -
 Codice Fiscale _____ - Codice INPS _____ - Tel.: _____ in
 qualità di _____ della Ditta _____ con
 sede in **Bisceglie** (Bari) alla _____ - Settore di Attività:
 _____ -

Nome e Cognome Codice Fiscale dei Soci	a)	
	b)	
	c)	

DICHIARA

di conoscere e di accettare lo Statuto della Associazione del Commercio del Turismo e dei Servizi del Comune di **Bisceglie** e di aderire alla medesima assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi nelle misure e nelle forme determinate dagli Organi Statutari, in via diretta o tramite gli Istituti convenzionati, anche ai sensi della Legge n. 311 del 4/6/1973 e successive modificazioni (INPS – INAIL – CAMERA DI COMMERCIO I. A. A.).

In merito all'impegno assunto sulle modalità di versamento dei contributi associativi, il sottoscritto è consapevole e accetta espressamente che:

1. ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
2. si intende tacitamente rinnovato di anno in anno;
3. 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.

L'eventuale revoca deve essere comunicata per iscritto alla Associazione che, ai fini della cessazione del versamento del contributo associativo, provvederà a trasmetterla tempestivamente alla competente sede territoriale dell' Ente Previdenziale convenzionato.

Delega l' Associazione del Commercio del Turismo e dei Servizi di Bisceglie cui con la presente aderisce, ad aderire a sua volta, alla Confederazione Generale Italiana del Commercio del Turismo e dei Servizi – Confcommercio - secondo quanto previsto dallo Statuto Sociale e da deliberato dagli Organi competenti della stessa Associazione. -

Avendo ricevuto, in copia, ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

- Consente al "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto dell' Associazione;
- Consente all' INPS, all' INAIL e agli istituti convenzionati su richiamati il trattamento dei dati per propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla Legge e dalla convenzione con l' Associazione su indicata;
- Consente il trasferimento all'estero dei dati in caso di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
- Consente l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall' INPS, dall' INAIL e dagli istituti convenzionati su richiamati.

Data, _____

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DELL'ASSOCIAZIONE

Il Presidente: *Dott. Pantaleo Carriera*

TIMBRO E FIRMA DELL'ASSOCIATO

o del Rappresentante Legale anche in
 nome e per conto dei Soci