



## Co.N.A.P.I. (Confederazione Nazionale Artigiani e Piccoli Imprenditori)

Confederazione Datoriale Nazionale riconosciuta dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali

in data 28/10/2010 prot. 5/IV/0022123/MA002A003 ai sensi della Legge 311/1973.

### SCHEDA DI ADESIONE

Spett.le Co.N.A.P.I.,

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ cod.Fiscale \_\_\_\_\_

Cod.INPS \_\_\_\_\_ Cod.INAIL \_\_\_\_\_

Cod. PAT \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_

Con sede a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_ esercente l'attività \_\_\_\_\_

PER QUANTO ATTIENE LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI TRAMITE ISTITUTI CONVENZIONATI

#### DICHIARA

di conoscere ed accettare lo Statuto della Co.N.A.P.I. (Confederazione Nazionale Artigiani e Piccoli Imprenditori) e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi tramite gli istituti convenzionati.

#### DICHIARA

di applicare il CCNL \_\_\_\_\_ sottoscritto dalla Co.N.A.P.I.;

di applicare il CCNL \_\_\_\_\_ non sottoscritto dalla Co.N.A.P.I.

#### AUTORIZZA

Co.N.A.P.I. a richiedere al consulente/commercialista \_\_\_\_\_

Copia del I certificato di assicurazione INAIL.

Si delega altresì la Co.N.A.P.I. Nazionale alla scelta dell'ente Bilaterale e del Fondo Interprofessionale.

#### CONSENTE CHE L'INPS/INAIL/ \_\_\_\_\_

e gli altri organismi convenzionati su richiamati, in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate 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 scadenze previste per la riscossione di contributi obbligatori stabiliti dalla legge.

In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che l'adesione:

- 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.



- Avendo ricevuto, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, l' informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, **Il sottoscritto consente:**
- A) Al "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto dell'Associazione;
  - B) All'INPS e all'INAIL e agli altri istituti convenzionati su richiamati 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) Al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
  - D) L'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati da INPS, da INAIL e da istituti convenzionati su richiamati.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dell'associato)

\_\_\_\_\_  
(Timbro dell'associazione e firma del responsabile)

**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003, n°196 "cod. in materia di protezione dei dati personali".*

Firma \_\_\_\_\_