



UAI - UNIONE ARTIGIANI ITALIANI

Sede Nazionale Organizzativa:

FROSINONE – via Marco Tullio Cicerone, 188 ☎ 0775.871601 📠 0775.873447

www.unioneartigianiitaliani.it info@unioneartigianiitaliani.it

DOMANDA DI ADESIONE

SEDE PROVINCIALE ZONALE

di _____

Il/la sottoscritto/a
(cognome) (nome)

nato/a a Pr. il
(gg/mm/aaaa)

Cod. Fis. | | P. IVA | |

Titolare della ditta.....

Artigiano Commerciante Altro Attività.....

con sede in Pr. Via

Tel. fax e-mail.....

Posizione INPS | | Sede di
(codice iscrizione INPS-8 cifre) (CIN-2 lettere)

Cod. ditta INAIL / Cod. PAT /
(obbligatorio se iscrizione INAIL) (obbligatorio se iscrizione INAIL)

Iscriz. Albo Impr. Artigiane..... della C.C.I.A.A..... Reg. Ditte n.

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto dell'UAI "Unione Artigiani Italiani" e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi.

CONSENTE CHE

L'INPS

L'INAIL

in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della legge 4 giugno 1973 N. 311 riscuota i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi statuari della predetta Associazione, con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabilita dalla legge.

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

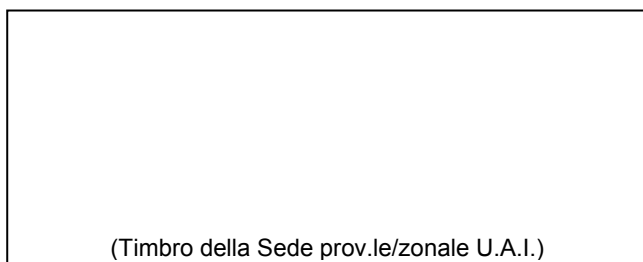
- ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovato di anno in anno;
- l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo a condizione che essa pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa, entro il 31 Dicembre.

Avendo ricevuto, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 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 e/o INAIL il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti e gli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione suindicata;
- consente** al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazione 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 e/o INAIL

Non consente quando indicato ai punti

Firma
(dal responsabile della sede U.A.I.)



(Timbro della Sede prov.le/zonale U.A.I.)

Firma

.....
(Associato)

Data...../...../.....
(gg/mm/aaaa)