



C.L.A.A.I.

**C.L.A.A.I. - PUGLIA - Federazione Regionale
di Associazioni aderenti alla Confederazione
delle Libere Associazioni Artigiane Italiane**

70100 BARI - Via Napoli, 329/G

ASSOCIATA:

Il sottoscritt _____ nat a _____
il _____ C.F. _____ codice INPS (se conosciuto) _____
in qualità di ⁽¹⁾ _____ la cui attività ha sede legale a _____
via _____ n. _____ cap _____ partita IVA _____

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto dell'associazione CLAAI (Confederazione delle Libere Associazioni Artigiane Italiane) 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

in conformità 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 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 _____, a condizione che essa pervenga, con le modalità previste dalla convenzione stessa, entro il ____ / ____ / _____.

Inoltre, avendo ricevuto, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il sottoscritto:

- a) consente al "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- b) consente all'INPS il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione suindicata;
- c) consente al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazione in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;
- d) consente l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS.

Non consente quanto indicato ai punti A B C D

Data _____

(Firma dell'associato)

Timbro dell'Associazione

(Firma del Responsabile Prov.le CLAAI)

(1) indicare: Artigiano / Commerciante