



SISTEMA IMPRESA

ROMA

Associazione delle imprese e dei professionisti

ISTANZA DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

CODICE FISCALE (del sottoscrittore) _____

esercente l'attività di Commerciante Artigiano Turismo Servizi Altro

titolare/socio dell'impresa:

Denominazione/Ragione Sociale: _____

esercente l'attività di _____ Cod. ATECO _____

con sede legale in Via/Città _____ Cap. _____ Prov. _____

con sede operativa in Via/Città _____ Cap. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ cell. _____ E mail _____

Cod. Fisc. (Impresa) _____ P.I. _____

Cod. Iscr. INPS (impresa) _____ nr. dipendenti _____

Cod. Ditta INAIL (Impresa) (dato facoltativo) _____

Codice PAT (Impresa) (dato facoltativo) _____

DICHIARA

di voler aderire a Sistema Impresa – Roma costituente la Confederazione Nazionale “Sistema Impresa”, di cui conosce ed accetta lo Statuto, assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti.

S'impegna a versare i contributi associativi annuali, tra i quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:

- la quota associativa annuale per le imprese ed i professionisti deliberata da Sistema Impresa – Roma pari a 20 (venti) Euro;
- il contributo interassociativo deliberato dalla Confederazione Nazionale “Sistema Impresa” al quale vengono assoggettati gli imprenditori individuali ed i soci lavoratori iscritti all'INPS;

CONSENTE

che l'INPS, l'INAIL, la CCIAA, e altri soggetti pubblici e privati, convenzionati con la Confederazione Nazionale “Sistema Impresa” ai sensi delle norme civilistiche vigenti, della Legge 04.06.73 n. 311, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 e delle successive modificazioni, integrazioni ed innovazioni legislative in materia di contributi associativi, riscuotano i medesimi nella misura e nelle forme determinate dagli organi statuari della predetta Confederazione, con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori o da quanto stabilito nelle singole convenzioni.

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

- l'adesione ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca.

SISTEMA IMPRESA - ROMA
Piazzale delle Belle Arti n. 6 – 00196 – Roma
Tel: 06/45596705 – Fax: 06/45597327
Mail: info@sistema-impresa-roma.org

- l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo, a condizione che essa pervenga con le modalità previste dalla convenzione di cui sopra entro il 30 settembre dell'anno in corso.
Avendo ricevuto ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali, il/la sottoscritto/a:

CONSENTE

- a) il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della Confederazione Nazionale "Sistema Impresa";
- b) all'INPS, all'INAIL, alle CCIAA e altri soggetti pubblici e privati, convenzionati per la riscossione dei contributi associativi, il trattamento dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla Legge e dalla convenzione con la Confederazione Nazionale "Sistema Impresa";
- c) il 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 dall'INPS, dall'I.N.A.I.L., dalle CCIAA e da altri soggetti pubblici e privati convenzionati con la Confederazione Nazionale "Sistema Impresa";
- e) l'eventuale comunicazione dei dati in argomento all'Autorità giudiziaria o ad organo da questa delegato, nonché ad altre Amministrazioni pubbliche in virtù di specifiche previsioni normative che rendano obbligatoria la comunicazione medesima.

Non consente quanto indicato ai punti _____.

Il firmatario s'impegna a comunicare senza indugio ogni variazione che intercorre rispetto a quanto dichiarato e consentito.

SOGGETTI INPS/IVS

(titolare/socio): Nome/Cognome _____

COD. FISC. _____ data e luogo nascita ____/____/____ (____)

(socio): Nome/Cognome _____

COD. FISC. _____ data e luogo nascita ____/____/____ (____)

(socio): Nome/Cognome _____

COD. FISC. _____ data e luogo nascita ____/____/____ (____)

(socio): Nome/Cognome _____

COD. FISC. _____ data e luogo nascita ____/____/____ (____)

_____, _____
(Luogo) (Data)

Firma del Titolare/Socio

Firma del Socio

Firma del Responsabile
Sistema Impresa – Roma

Firma del Socio

Firma del Socio

Firma del Responsabile
Confederazione Nazionale Sistema Impresa