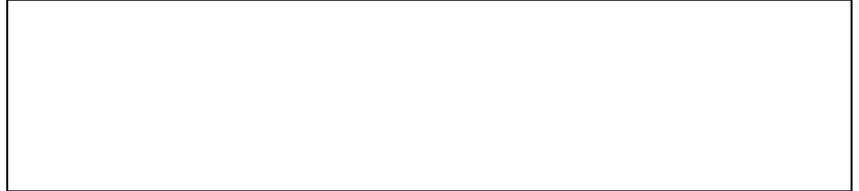




**Confartigianato**  
di Brindisi

U.P.A.P.I.B. UNIONE PROVINCIALE ARTIGIANI PICCOLE IMPRESE BRINDISINE  
72100 BRINDISI – Via Dalmazia, 21/c  
aderente alla

**CONFEDERAZIONE GENERALE ITALIANA DELL' ARTIGIANATO**



..l. sottoscritto.....nat.....a.....  
codice fiscale.....(Prov.....) il.....Codice INPS (se  
conosciuto).....in qualità di (Artigiano/Commerciante).....  
la cui attività ha sede a .....(Prov.....) Via.....  
n.....Cap.....Partita IVA.....  
Tel.....Fax.....E-Mail.....

**DICHIARA**

di conoscere ed accettare lo statuto dell' Associazione.....e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi tramite gli Istituti convenzionati (INPS/INAIL)

**CONSENTE CHE L'INPS**

e gli organismi convenzionati, in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della Legge 4 giugno 1973 n. 311, riscuotano i contributi associativi nella misura e nelle riforme 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'impiego assunto il sottoscritto è consapevole che:

- ha validità annuale e non 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 della convenzione stessa, **entro il 30 novembre**.

Avendo ricevuto, ai sensi dell'Art.10 della legge 675/96. l'informativa sul "trattamento" dei 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 della convenzione con l' Associazione su indicata;
- c) consente al trasferimento all' estero dei dati nei casi di prestazioni 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

Ne consente quanto indicato ai punti.....

Data.....  
.....  
(Firma dell' Associato)

Timbro dell' Associazione  
.....  
Responsabile dell' Associazione  
.....