

RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ASCOM IMOLA

Il Sottoscritto (cognome nome)		Codice Fiscale	
Nato a (Comune, Prov. o Stato Estero)		Data di Nascita	
Residente (Comune, Prov.)	CAP	Via e N° Civico	
Telefono	Cellulare		
In qualità di Titolare / Legale Rappresentante della Ditta			
Sede Legale o Domicilio Fiscale (Comune, Prov.)	CAP	Via e N° Civico	Zona
Sede Commerciale (Comune, Prov.)	CAP	Via e N° Civico	
Codice Fiscale Ditta		Partita I.V.A.	
Telefono	Fax	E-mail	
Codice Attività Principale	Descrizione Attività		
Data di Costituzione Società	Luogo di costituzione Società	Capitale Sociale	Durata/Termine Società
N° REA	Data Iscrizione REA	Prov. REA	N° Albo ART.
			Data Iscr. Albo ART.
			Prov. Albo ART.
			Data Inizio Attività

chiedendo che tutta la corrispondenza venga inviata a: Domicilio Fiscale Sede Commerciale Altro

obbligandosi ad effettuare i pagamenti dovuti dalla sottoscritta Ditta all'intestata Associazione a mezzo: Addebito in c/c Bonifico Bancario Cassa

FA DOMANDA

di aderire all'intestata Associazione e, per il suo tramite, alla CONFCOMMERCIO Nazionale. Dichiaro di conoscere e accettare lo Statuto dell'ASCOM IMOLA di cui ho ricevuto copia e di assumere, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi nelle misure, nelle forme e nei tempi determinate dagli organi statutari dei predetti enti, in via diretta, o tramite Istituti convenzionati, anche ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311 e successive modificazioni (INPS e INAIL), unitamente, in quest'ultimo caso, al versamento dei contributi obbligatori stabiliti dalle norme.

E' consapevole che l'eventuale recesso dall'ASCOM IMOLA deve essere comunicato per iscritto a mezzo raccomandata r.r. almeno tre mesi prima della fine dell'anno solare in corso, ma non prima della scadenza di due anni dall'ammissione all'ASCOM IMOLA. Ai fini della cessazione del versamento del contributo associativo, l'ASCOM IMOLA provvederà a trasmettere la comunicazione del recesso alla competente Sede territoriale dell'Ente previdenziale convenzionato; fatti salvi altri obblighi statutari, il recesso produrrà effetto, ai predetti fini, non prima dell'anno successivo a quello di presentazione.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati sopra indicati nel sistema informativo di ASCOM IMOLA. Dichiaro altresì, di essere stato compiutamente informato delle finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzarne il trattamento ai fini previsti. Autorizza inoltre l'ASCOM IMOLA a delegare a terzi (Società od Enti a sua scelta) ogni attività di mera elaborazione o computerizzazione dei dati inerenti alla posizione associativa, prestando esplicito consenso al trattamento da parte di terzi delegati dei dati forniti; nulla oppone a che i dati forniti vengano usati "ancorchè in forma anonima" per la pubblicazione di iniziative informative e/o commerciali del Gruppo ASCOM IMOLA e della Struttura CONFCOMMERCIO.

Garantisce la veridicità dei dati e delle informazioni sopra forniti, dichiarando e garantendo di avere i poteri necessari per la presente richiesta.

La richiesta di adesione si intende accettata qualora, entro due mesi dalla data della stessa e ai sensi dell'art. 5 dello statuto, la Ditta interessata non riceva comunicazione scritta e non impugnabile che la domanda è stata respinta.

Ai fini delle norme anticicliaggio fornisce i seguenti dati di identificazione: **Già stato Identificato**

Documento di identificazione	Numero	Data rilascio	Autorità e Luogo del rilascio
------------------------------	--------	---------------	-------------------------------

Data: _____ Firma del Richiedente _____

Nome e firma del soggetto che provvede all'identificazione: _____ Firma leggibile: _____

Codice Sindacato ASCOM di Appartenenza: _____

(FIRMA DEL RESPONSABILE PER L'ASSOCIAZIONE)