

Ufficio di:

Compilatore:

**Spett.le ASSOCIAZIONE DEL COMMERCIO, TURISMO,  
SERVIZI, PROFESSIONI E PMI  
DELLA PROVINCIA DI UDINE**

in azzurro i campi rilevanti

IL/LA SOTTOSCRITTO/A    
**nome e cognome** **codice fiscale**

NATO/A     
**A (comune)** **provincia** **IL (data)**

RESIDENTE      
**IN (via)** **(n°civico)** **(comune)** **(c.a.p.)**

COD.INPS  COD.INAIL

TRIBUNALE N.  COD.ATTIV.PREV. ATECO/ATECORI

in qualità di  TITOLARE  RAPPRESENTANTE LEGALE

della DITTA    
**ragione sociale** **insegna o nome di fantasia**

COD.FIS.DITTA  P.IVA

commercio al dettaglio  agenti di commercio  pubblici esercizi (bar/ristorazione)  servizi  
 commercio all'ingrosso  agenti d'affari in mediazione  alberghi  altro \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE ATTIVITÀ (o altra nota)

**Cellulare** **Telefono** **Fax**

**E-mail** **Indirizzo Web**

SEDE LEGALE O DOMICILIO FISCALE DELLA DITTA

**via** **n°civico** **comune** **c.a.p.**

SEDE COMMERCIALE DELLA DITTA

**via** **n°civico** **comune** **c.a.p.**

UNITA' LOCALI

1-	3-
2-	4-

STAGIONALITA':

 SI NO

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA:

 Sede Commerciale Domicilio fiscale

PAGAMENTO A MEZZO:

 RICEVUTA BANCARIA ADDEBITO IN C/C (RID) RIMESSA DIRETTA

con sconto del 10%

### CHIEDE

di aderire all'Associazione e dichiara di conoscere e accettare lo Statuto, di cui attesta di riceverne copia, e assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi, nella misura e nelle forme determinate dagli organi statutari, in via diretta o tramite gli Istituti convenzionati, anche ai sensi della legge 4 giugno 1973 n. 311 e successive modifiche (INPS-INAIL), unitamente, in quest'ultimo caso, al versamento dei contributi obbligatori stabiliti dalle norme.

E' consapevole che l'eventuale revoca deve essere comunicata per iscritto almeno tre mesi prima della fine dell'anno solare in corso alla Associazione provinciale della Confederazione Generale del Commercio del Turismo dei Servizi delle Professioni e delle PMI che, ai fini della cessazione del versamento del contributo associativo, provvederà a trasmetterla tempestivamente alla competente sede territoriale dell'Ente convenzionato e che, fatti salvi altri obblighi statutari, la stessa produrrà effetto ai predetti fini non prima dell'anno successivo a quello di presentazione.

Per l'attività commerciale principale

E per le seguenti attività complementari

E' Iscritta alla CCIAA di

<b>Provincia</b>	<b>Data</b>	<b>Numero</b>

La Ditta è in possesso di licenza

\_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

E' succeduto alla Ditta

Nel caso di Società si allega alla presente visura aggiornata

Personale dipendente dell'Azienda:

<b>Dirigenti N°</b>	<b>Dipendenti N°</b>	<b>Matricola INPS ditta</b>

**Note:**

**Timbro dell'Associazione**

**Data e Firma della Ditta**

Dichiaro di ricevere copia dello Statuto dell'Associazione, di averne preso visione e di accettare le condizioni ivi contenute.

**Data e Firma**

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati sopra indicati nel sistema informativo dell'Associazione del Commercio del Turismo dei Servizi delle Professioni e delle PMI della provincia di Udine e della Confcommercio - Confederazione Generale del Commercio del Turismo dei Servizi delle Professioni e delle PMI - , dichiara altresì, ai sensi del D.L.vo 196/2003, di essere stato compiutamente informato delle finalità e delle modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzare il trattamento ai fini previsti, ivi incluso il loro aggiornamento. Autorizza inoltre l'Associazione del Commercio del Turismo dei Servizi delle Professioni e delle PMI della provincia di Udine a delegare a terzi (Società od Enti) ogni attività di elaborazione e computerizzazione dei dati inerenti l'espletamento del Servizio, ivi incluso l'espletamento del Servizio stesso, prestando esplicito consenso al trattamento dei dati, forniti, da parte di terzi delegati dall'Associazione predetta.

**Firma del Responsabile dell'Associazione**

**Data e Firma**