Sede Legale
Via S. Croce in Gerusalemme, 67
00185 Roma RM
tel. 06.77208498
www.asnali.org - info@asnali.org

MODELLO DELEGA INAIL

__ l __ sottoscritt__ _____ nat ___ a _____
prov. _____ il _____ C.F. _____ residente in _____
prov. _____ via _____ rappresentante legale della ditta[1] _____
P. IVA _____ la cui attività ha sede legale a _____
prov._____via_____n.____CAP_____
Codice INPS _____ Sede Territoriale di _____
Codice INAIL_____ Sede Territoriale di _____

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto dell'ASNALI (Associazione Nazionale Autonoma Liberi Imprenditori) e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare, si impegna a versare i contributi associativi tramite gli Istituti convenzionati.

CONSENTE CHE L'INAIL

e gli altri Istituti convenzionati in conformità a quanto previsto dalle convenzioni stipulate ai sensi della Legge 4 giugno 1973, n. 311 riscuotano i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi Statuari dell'As.N.A.L.I., con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabiliti dalla legge. In merito all'impegno assunto __ l __ sottoscritt ___ è consapevole che:

- ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovata 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 dalla convenzione stessa, entro il 30 novembre.

"Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del decreto legislativo 196/2003 come successivamente modificato e integrato dal d.lgs.101/2018 la informiamo che i dati personali dai Lei forniti direttamente o altrimenti acquisiti, saranno trattati da ASNALI, in qualità di Titolare del trattamento, in conformità alle finalità per le quali i dati sono raccolti". L'informativa completa sul trattamento dei dati è consultabile sul sito internet istituzionale all'indirizzo https://www.asnali.org/wp-content/uploads/2024/03/Informativa-affiliazione-datore-di-lavoro.pdf che il firmatario, con la sottoscrizione del presente modulo, dichiara di aver letto e compreso".

_____ _____
Data Firma dell'associato

_____ _____
Timbro Firma del responsabile As.N.A.L.I.

[1] Indicare l'eventuale denominazione aziendale