

DOMANDA DI ADESIONE

Prot. n. _____
Del _____

Alla Spett.le C.I.C.A.S. di _____ (____)
Via _____
CAP _____ Tel _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ (____) il _____

e residente a _____ (____) in via _____ n° _____

codice fiscale _____ Tel _____

Fax _____ Cell _____ e-mail _____

nella qualifica di titolare/legale rappresentante dell'azienda _____

con sede a _____ (____) in via _____ n° _____,

partita I.V.A. _____ sito web _____

Cod. iscriz. INPS _____ sede territoriale di _____

Cod. iscriz. INAIL _____ sede territoriale di _____

Cod. REA: _____ Cod. ATECO: _____

Esercente l'attività di: Artigiano _____; - Commercio _____; - Turismo _____; Servizi _____ - Altro _____; - Attività: _____

CHIEDE

Di essere iscritto/iscritta alla **CICAS** nelle specificate categorie di appartenenza e di accettare tutte le norme previste dallo Statuto, dai suoi Regolamenti e dai Deliberati di tutti i suoi organi statutari.

Si impegna inoltre a corrispondere la quota annua di adesione stabilita dalla Presidenza.

- o *In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che:*
- o ha validità biennale;
- o si intende tacitamente rinnovato di biennio in biennio;
- o 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 31 dicembre.
- o Avendo ricevuto, ai sensi dell'art.10 della legge 675/96 l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, il sottoscritto:
 - a) consente al trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto dell'Associazione;
 - b) consente all'Inps e/o Inail il trattamento dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione suindicata;
 - 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 e/o Inail

Non consente quanto indicato ai punti _____

Firma _____
(del Responsabile della sede CICAS)
Timbro della sede

Firma _____

(timbro e firma dell'Associato)

Quota associativa anno 2025
€ 200,00 pagata alla firma della presente

data _____

❖ estremi per bonifico: Banca: POSTE ITALIANE intestazione: **CICAS ITALIA**

• **IBAN: IT37T0760104400001046885487**

DOMANDA DI ADESIONE CICAS