



## 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: \_\_\_\_\_

<b>Esercente l'attività di:</b> 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) <i>Timbro della sede</i>
--

Firma \_\_\_\_\_  
(timbro e firma dell'Associato)

**Quota associativa annuale  
€ 200,00 pagata alla firma della presente**

data \_\_\_\_\_

❖ estremi per bonifico: Banca: **Deutsche Bank**  
intestazione: **CICAS – CONFEDERAZIONE**

• **IBAN: IT 04F 03104 03227 000000821490**

## DOMANDA DI ADESIONE CICAS