

SETTORE:**COLTIVATORI DIRETTI/COLONO-MEZZADRO/IMPREDITORE AGRICOLI PROFESSIONALI
SCHEDA DI ADESIONE**

Il/la sottoscritt _____ nat _ a _____ il _____ C.F. _____
_____ in qualità di COLTIVATORE DIRETTO-COLONO/MEZZADRO-IMPREDITORE
AGRICOLA PROFESSIONALE, la cui attività ha sede legale in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____ C.F. _____
P.IVA _____ Cod. INPS _____ DENOMINAZIONE IMPRESA _____

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto dell'Associazione **F.Im.A.Co.D.** e di aderire alla medesima assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti. Si impegna a versare i contributi associativi.

DELEGA L'INPS

ai sensi di quanto previsto dall'art. 11 della legge 02 marzo 1968, n. 334 e successive modificazioni, a riscuotere i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi statuari della predetta Associazione, con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabiliti dalla legge.

In merito alla presente delega il sottoscritto 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, se pervenuta dopo il 31 marzo.

Inoltre avendo ricevuto a norma di quanto previsto dall'Art. 13 del d.lgs. N. 196/2003 ed ai sensi e per effetto dell'art. 7 e ss. del regolamento UE 2016/679, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali acconsente:

- a) consente al trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- b) consente all'INPS il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzioni con l'Associazione suindicata;
- c) consente il trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazione 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.

Non consente quanto indicato ai punti _____

Data _____

firma dell'associato

timbro dell'Associazione – Firma del responsabile
