



Spett.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITA'
Presidente: MORINILLI ROBERTO
Sede: Via Sebastiano Valfrè, 14
10121 Torino (TO)
federazionesanita@confederazionecnl.it

Oggetto: Adesione Federazione Nazionale Sanità

Il/la Sottoscritto/a _____ C.F. _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____ in qualità di Titolare / Legale
rappresentante della ditta _____ con sede in _____,
Via _____ n° _____, C.F. _____ P.IVA _____,
settore _____ Cod. Attività _____ . _____ . _____ mail _____
tel. _____ Fax _____ cell. _____ PEC _____ con la

sottoscrizione della presente,

CHIEDE DI ADERIRE

alla Federazione Nazionale Sanità di emanazione diretta CNL, dichiarando di conoscere e accettare lo Statuto CNL e assumendo, insieme con i diritti, gli obblighi conseguenti. In particolare si impegna a versare i contributi associativi, nelle misure e nelle forme determinate dagli organi statuari, in via diretta, o tramite Istituti Convenzionati, anche ai sensi della legge 4 Giugno 1973 n.311 e successive modificazioni, unitamente, in quest'ultimo caso, al versamento dei contributi obbligatori stabiliti dalle norme.

E' consapevole che l'eventuale recesso dalla CNL deve essere comunicato per iscritto a mezza raccomandata r.r. almeno tre mesi prima della fine dell'anno solare. Ai fini della cessazione del versamento del contributo associativo, la CNL provvederà a trasmettere la comunicazione del recesso alla competente sede territoriale dell'ente previdenziale convenzionato; fatti salvi altri obblighi statuari, il recesso produrrà effetto, ai predetti fini, non prima dell'anno successivo a quello della presentazione.

Il sottoscritto autorizza l'inserimento dei dati sopraindicati nel sistema informativo della CNL. Dichiaro altresì, di essere stato completamente informato della finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzarne il trattamento ai fini previsti. Autorizza e presta esplicito consenso al trattamento dei dati forniti alla CNL ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR).

La richiesta di adesione si intende accettata in seguito al pagamento della quota, per la quale verrà emessa idonea ricevuta.

Quota Associativa euro _____

Tramite bonifico intestato a: Confederazione Nazionale del Lavoro

Iban: IT4920760104400001043153434 - Causale: Adesione "Ragione sociale azienda"

Luogo e data: _____

Firma Associato _____

FEDERAZIONE NAZIONALE SANITA'
Via Sebastiano Valfrè, 14 - 10121 (CZ)
www.confederazionecnl.it
federazionesanita@confederazionecnl.it