



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI
ORGANIZZAZIONE NON LUCRATIVA DI UTILITÀ SOCIALE

SEZIONE PROVINCIALE DI **PALERMO**

DOCUMENTI DA PORTARE PER L'ISCRIZIONE:

1. *Domanda compilata stampata*
2. *N. 2 copie del certificato di Stato di Famiglia;*
3. *N. 2 copie del certificato di Nascita;*
4. *N. 2 copie del certificato di residenza;*
5. *N. 2 fotografie formato tessera;*
6. *Esame audiometrico;*
7. *Fotocopia certificato rilasciato dalla Commissione Medica di cui all'art 3 della legge 26.5.2970 n.381 e successive modificazioni;*
8. *Fotocopia certificato rilasciato dalla Commissione Medica delle Invalidità Civili – Legge 104/92;*
9. *Fotocopia titolo di studio;*
10. *Fotocopia codice fiscale e carta d'identità;*
11. *Tassa iscrizione € 100 per il primo anno di iscrizione (obbligatoria);*

Dal secondo anno di tesseramento, è possibile avere una trattenuta dall'INPS (quota di 8.33 mensili) per fare ciò bisogna portare in più a quello scritto sopra 3 cose:

12. *Fotocopia libretto pensione*
13. *Fotocopia codice fiscale e carta d'identità;*



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI
ORGANIZZAZIONE NON LUCRATIVA DI UTILITÀ SOCIALE

SEZIONE PROVINCIALE DI **PALERMO**

OGGETTO: TESSERAMENTO SOCIO EFFETTIVO ANNO 20
(AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART.46 DEL D.P.R. 445 DEL 28.12.2000)

DATI ANAGRAFICI TESSERATO:

NOME:

COGNOME:

LUOGO DI NASCITA: (PROV. Di)

DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

CITTA' DI RESIDENZA:

INDIRIZZO: N°: CAP:

TEL. CASA:

FAX:

DTS:

CELLULARE: / /

INDIRIZZO E-MAIL:

PROFESSIONE:

AZIENDA O LUOGO DI LAVORO:

CONIUGATO CON: SORDO UDEnte

FIGLI N°: SORDO UDEnte

LEGGI IN POSSESSO DEL TESSERATO:

SORDOMUTISMO L. 381/70: SI NO

LEGGE 104/92: SI NO (comma 1 comma 3)

SPAZIO RISERVATO ALLA LEGGE SULLA PRIVACY

Io tesserato presso codesto ente in relazione all'informativa resa per il trattamento dei dati personali

RILASCIO NEGA

Il proprio consenso al trattamento degli stessi anche per scopi non strettamente istituzionali, quali quelli informativi e/o promozionali.

DATA:

FIRMA



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI
ORGANIZZAZIONE NON LUCRATIVA DI UTILITÀ SOCIALE

SEZIONE PROVINCIALE DI **PALERMO**

OGGETTO: DELEGA INPS ISTANZA PER MINORENNE

Io sottoscritt _____ nat a _____ (Prov. _____)
) il _____ residente a _____ (Prov. _____), Via _____
n. _____ cap. _____ in qualità di rappresentante legale o tutore o curatore del
minore _____ nat a _____ (Prov. _____)
) codice fiscale _____ codice INPS _____ titolare
dell'indennità di comunicazione residente a _____ (Prov. _____), Via _____
n. _____ cap. _____ iscritto all' Ente Nazionale Sordimuti- Sezione
Provinciale di Palermo

DELEGO L'INPS

In conformità a quanto previsto dalla convenzione di cui alla legge 21 ottobre 1978 n. 641, art. 1/undecies e dal D. L.vo 31 marzo 1998, art. 130, alla riscossione dei contributi associativi nella misura e con le modalità indicate dalla convenzione stessa.

In merito all'impegno assunto dichiarato di essere consapevole che:

- ✓ *la presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca esplicitamente formulata e indirizzata alla Sezione Provinciale ENS di appartenenza e alla sede dell'INPS che ha in carico l'indennità di comunicazione;*
- ✓ *l'importo del contributo è stabilito per l'anno _____ in euro da _____ trattenere, suddiviso in 12 mensilità, su rateo del trattamento a me spettante.*

Riconosco all'ENS la facoltà di modificare negli anni successivi la misura del contributo suindicato e in tal caso la presente delega si intende rinnovata per la nuova misura a condizione che la relativa decisione venga portata a mia conoscenza entro il 30 giugno dell'anno precedente e quello di decorrenza della nuova misura stessa.

Avendo ricevuto, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, io sottoscritto:

- ✓ *consento il "trattamento" degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto Ente Nazionale Sordomuti;*
- ✓ *consento all'INPS il "trattamento" dei dati per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'ENS;*
- ✓ *consento al trasferimento all'estero dei dati nei casi di prestazioni in regime internazionale o di trattamenti da erogare all'estero;*
- ✓ *consento l'eventuale "trattamento" dei dati stessi da parte di altri soggetti incaricati dall'INPS*

DATA _____

FIRMA dell'associato

FIRMA del Resp. dell'ENS
