



DELEGA RILASCIATA DAL TITOLARE DELLA PENSIONE PER LA TRATTENUTA SULLA PENSIONE O ASSEGNO DEI CONTRIBUTI SINDACALI

Il Sottoscritto/a

NOME	_____	COGNOME	_____			
CODICE FISCALE	_____	NATO/A IL GG/MM/AAAA	_____			
A	_____	PROV.	_____	STATO	_____	
RESIDENTE IN	_____	PROV.	_____	STATO	_____	
INDIRIZZO	_____				CAP	_____
TELEFONO	_____	CELLULARE	_____			
E-MAIL	_____					

Acquisizione di fatti o stati del richiedente attraverso l'esibizione del suo documento di riconoscimento (Art. 45 del T.U. sulla documentazione am.tiva D.P.R. 445/00)

Autorizzo

La sede provinciale dell'INPDAP di _____

Ad effettuare in forza della legge 31/07/75 n 364. La trattenuta sulla pensione di cui sono titolare, del contributo sindacale/associativo mensile prevista da versare a mio nome e conto al sindacato/patronato/associazione SILPA

- Consento che il trattamento dei miei dati per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione
- Consento che i miei dati siano comunicati all'Inps/Inpdap per gli adempimenti degli obblighi di legge ed alla convenzione con l'associazione su indicata

La delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca esplicitamente formulata e indirizzata a mezzo raccomandata all'ufficio Inps/Inpdap di competenza e che ha in carico la pensione.

Data _____ Firma _____

Timbro dell'organizzazione Sindacale _____ Firma del resp. sindacale _____

Mi impegno a comunicare all'Inps/Inpdap qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 gg dall'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amm.zioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, possono subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti. Dichiaro inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali per chi rende attestazioni false.

Data _____ Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'INPDAP con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che La riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, sono trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto appositamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i dati altri soggetti, che forniscono servizi, o svolgono attività strumentali per conto dell'INPDAP e operano in qualità di responsabili designati dall'istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti privati, tra cui Istituti di credito o uffici postali, altre amministrazioni Enti o casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'INPDAP la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art.7 del codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza d'essere presentata al direttore Provinciale, anche per il tramite dell'agenzia Stessa.

Data _____ Firma _____