

**DELEGA ALL'INPS PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI DEGLI AGRICOLI AI SENSI DELLA  
LEGGE DEL 12 MARZO 1968 N. 334.**

ALLA SEDE INPS DI.....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....(cognome e nome)

CODICE FISCALE.....NATO/A IL.....

A.....PROV.....STATO.....

CODICE SEDE INPS.....

IN QUALITA' DI:

- AZIENDA AGRICOLA (DITTE)  COLTIVATORE DIRETTO (CD)  COLONI E MEZZADRI (CM)  
 IMPRENDITORE AGRICOLO PROFESSIONALE (IAP)  PICCOLI COLONI E COMPARTICIPANTI FAMILIARI (PCCF)

LA CUI ATTIVITA' HA SEDE LEGALE A .....PROV.....

STATO.....CAP.....INDIRIZZO.....

PARTITA IVA .....TELEFONO.....

E MAIL.....INDIRIZZO PEC.....

**DELEGA**

L'INPS, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11 della legge 12 marzo 1968 n. 334, a riscuotere contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi statuari dell'Associazione CONFEDERAZIONE NAZIONALE DEL LAVORO IN SIGLA CNL con le stesse modalità e alle scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori stabiliti dalla legge.

In merito alla presente delega dichiaro di essere consapevole che:

- essa ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
- si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
- l'eventuale revoca, esplicitamente formulata, ha effetto dal ..... a condizione che essa pervenga dopo il ..... alla struttura INPS competente.
- Consento il trattamento dei miei dati per finalità previste dallo statuto dell'Associazione.
- Consento che i miei dati siano comunicati all'INPS.

**Luogo e Data.....Firma leggibile.....**

Mi impegno a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

**Luogo e Data.....Firma leggibile.....**

**INFORMATIVA PRIVACY**

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

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, sono raccolti attraverso la compilazione del presente modulo on l'osservanza dei presupposti e dei limiti 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 dei dipendenti dell'istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps 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 pubblici o 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'Inps 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 territoriale competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale, anche per tramite dell'agenzia stessa.

**Timbro dell'Organizzazione sindacale e Firma del Responsabile sindacale.....**