

**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 COMPARTECIPANTI FAMILIARI (PCCF)

LA CUI ATTIVITA' HA SEDE LEGALE APROV.....

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

PARTITA IVATELEFONO.....

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 statutari 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 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, 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.....