U-UNIONE A-AGRICOLTORI

Confederazione Sindacale Nazionale
FROSINONE – via Marco Tullio Cicerone, 168 (ex 188) ☏0775.871601 🖷 0775.873447
C.F 97075480588 www.unioneartigianiitaliani.it info@unioneartigianiitaliani.it pec: uainazionale@pec.it

DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

UFFICIO U.A.I/U.A. _____ ALLA SEDE INPS DI _____

Il/la sottoscritto/a _____CF

nato/a a _____ (_____) il _____
(gg/mm/aaaa)

residente a _____ Pr (____) via_____n._____

in qualità di ☐CD-Coltivatore Diretto ☐CM-Colono Mezzadro ☐IATP-Imprenditore Agricolo a Titolo Principale

☐OTI/OTD-Ditta ☐PCCF-Piccoli Coloni – Compartecipanti familiari

con sede in _____ Pr (____) via_____n._____

Tel/uff _____fax_____ Cel _____

e-mail _____ pec _____

Cod. Fis. _____P. IVA _____

tipo documento personale: ☐Patente ☐Carta identità ☐Altro_____ nr_____

rilasciato da _____ il _____ numero dipendenti _____

CCNL applicato_____ Fondo Interprofessionale _____

DELEGA

che l'INPS, l'INAIL, la CCIAA e altri soggetti pubblici e privati, convenzionati con la **UAI-Unione Artigiani Italiani**, ai sensi dell'art. 11 della legge 12 Marzo 1968 , n. 334 e delle successive modificazioni ed integrazioni ed innovazioni legislative in materia di contributi associativi e di assistenza contrattuale, a riscuotere i contributi associativi nella misura e nelle forme determinate dagli Organi Statutari, della **UAI-Unione Artigiani Italiani (cod, INPS 84)** con le stesse modalità e alle stesse scadenze previste per la riscossione dei contributi obbligatori per legge.
In merito alla presente delega il sottoscritto dichiara di essere consapevole che:

- ✓ essa ha validità annuale e non è quindi frazionabile;
- ✓ si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
- ✓ l'assistenza contrattuale è applicata per la gestione dei contratti nella misura del ____% (da 0,5% a 2%) per ogni dipendente dell'azienda e si intende tacitamente rinnovata;
- ✓ 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 le finalità previste dallo statuto della **UAI-Unione Artigiani Italiani**;
- ✓ Consento che i miei dati siano comunicati all'INPS.

_____ , _____ _____
Luogo *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 una 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 *Data* *Firma leggibile*

Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e del GDPR "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 con l'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalia legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.
I trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed 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 territorialmente competente all'istruttoria della presente.

_____
Timbro e Firma del Responsabile U.A.