UILPENSIONATI

ALLA SEDE DELL'INPS

di .....

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il...../...../.....

a..... Prov..... C.F |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente in Via/P.zza..... N..... CAP.....

Comune di..... Prov..... Stato.....

Documento N..... Tipo di doc..... data di rilascio...../...../.....

Ente di rilascio.....Tel./cell.....

Titolare della/e pensione/i INPS:

Cat. ..... Sede Inps..... Certificato.....

Cat. ..... Sede Inps..... Certificato.....

Email.....

Iscritto al sindacato UILP

DELEGA L'INPS

in conformità di quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi dell'articolo 23 octies della legge 11.8.72 n. 485, a riscuotere i contributi associativi con le modalità indicate dalla convenzione stessa. In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che la presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca esplicitamente formulata e indirizzata alla Sede INPS che ha in carico la pensione. La misura della trattenuta per contributi sindacali è stabilita nelle seguenti percentuali dell'importo lordo delle singole rate di pensione - compresa la tredicesima - esclusi i trattamenti di famiglia comunque denominati:

1) 0,50% sugli importi compresi entro il trattamento minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti;
2) 0,40% sugli importi eccedenti quelli di cui al precedente punto 1 e non eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del FPLD;
3) 0,35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del FPLD;

Il sottoscritto avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" – così come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018 n.101 – e dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679, recante disposizioni a protezione del trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati (di seguito, per semplicità, "GDPR"), l'informativa sul trattamento dei propri dati:

a) consente il trattamento dei dati per le finalità previste dallo Statuto e dal Regolamento della Associazione;
b) consente all'Associazione il trattamento dei dati per i propri fini istituzionali nel rispetto degli obblighi previsti dalla normativa sulla privacy *pro tempore* vigente;
c) consente che gli stessi siano comunicati all'INPS;
d) consente all'INPS il trattamento dei dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione;
e) consente l'invio di materiale informativo e di Newsletter da parte dell'Associazione;
f) non consente quanto indicato ai punti.....

Data...../...../..... Firma.....
(Segno di croce se analfabeta)

Firma per conferma personale sottoscrizione

.....

Timbro e Firma del rappresentante dell'Organizzazione sindacale

.....

UILPENSIONATI

Spettabile INPS,

in forza dell'allegata autorizzazione lo/la scrivente, Sig./Sig.ra

Cognome ..... Nome .....

C.F |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| nato/a il ...../...../.....

a ..... Prov.....

residente in Via/P.zza ..... N..... CAP.....

Comune di..... Prov..... Stato.....

Documento di riconoscimento N. ..... Tipo di doc. .....

Titolare della/e pensione/i INPS:

Cat. ..... Sede Inps..... Certificato.....

Cat. ..... Sede Inps..... Certificato.....

presto formale

CONSENSO

ai sensi del TU della Privacy D.Lgs 196\03 e del Decreto n.101 18 del 10 agosto 2018 affinché la Categoria Sindacale 003-UILP possa accedere a tutti i dati personali, che mi riguardano presenti nelle banche dati dell'Inps e/o di altri enti ed istituti previdenziali e di assistenza , compresi quelli sensibili, inerenti alla mia affiliazione sindacale, quali a titolo esemplificativo il codice sindacale, la sigla sindacale ecc.

Acconsento, inoltre che i dati così rilevati vengano trattati dalla suddetta categoria sindacale per le finalità di cui al mandato conferito e vengano conservati e permangano presso gli archivi informatici della stessa categoria, per il tempo di legge.

Cordiali Saluti.

Si allega:

☐ Copia documento identità dell'iscritto.

Data...../...../..... Firma.....

(Segno di croce se analfabeta)

Firma per conferma personale sottoscrizione

.....

Timbro e Firma del rappresentante
dell'Organizzazione sindacale

.....

UILPENSIONATI

ALLA SEDE DELL'INPS

Di .....

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il...../...../.....

a..... Prov..... C.F |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente in Via/P.zza..... N..... CAP.....

Comune di..... Prov..... Stato.....

Titolare della/e pensione/i INPS:

Cat. ..... Sede Inps..... Certificato.....

Cat. ..... Sede Inps..... Certificato.....

Tel./cell..... Email.....

Il sottoscritto avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" – così come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018 n.101 – e dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679, recante disposizioni a protezione del trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati (di seguito, per semplicità, "GDPR"), l'informativa sul trattamento dei propri dati:

a) consente il trattamento dei dati per le finalità previste dallo Statuto e dal Regolamento della Associazione;
b) consente all'Associazione il trattamento dei dati per i propri fini istituzionali nel rispetto degli obblighi previsti dalla normativa sulla privacy *pro tempore* vigente;
c) consente che gli stessi siano comunicati all'INPS;
d) consente all'INPS il trattamento dei dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione;
e) consente l'invio di materiale informativo e di Newsletter da parte dell'Associazione;
f) non consente quanto indicato ai punti.....

In conformità di quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi dell'articolo 23 octies della legge 11.8.72 n. 485, e alle norme della convenzione stipulata tra le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati e codesto Istituto

CHIEDE

a codesta Spett. Direzione di prendere atto che **REVOCA la delega già rilasciata a favore della Organizzazione sindacale** .....

Data...../...../..... Firma.....

(Segno di croce se analfabeta)

Firma per conferma personale sottoscrizione

.....

Timbro e Firma del rappresentante dell'Organizzazione sindacale

.....