

## Richiesta di convenzione per l'attività di raccolta e trasmissione delle domande di assegno di inclusione (ADI), delle comunicazioni (modelli ADI-COM), delle domande di supporto per la formazione e il lavoro (SFL) e delle comunicazioni (Modelli SFL-COM) per gli anni 2024-2025 - 1/2

Il modulo compilato e sottoscritto con firma digitale (formato PADES), corredato dal documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario, va inviato dall'indirizzo email del CAF a: [Convenzioni.CAF@inps.it](mailto:Convenzioni.CAF@inps.it).

### ● Dati richiedente lo sottoscritto/a

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
		PROV.	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>		
CELLULARE	<input type="text"/>		
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO	<input type="text"/>		
NUMERO	<input type="text"/>	RILASCIATO DA*	<input type="text"/>
SCADENZA	<input type="text"/>		

### ● DICHIARO di essere Rappresentante legale del

CAF \_\_\_\_\_ (indicare denominazione sociale risultante da statuto e/o da visura)  
codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | (inserire il codice fiscale del CAF)  
iscrizione al Registro Imprese di/delle \_\_\_\_\_ (indicare il registro delle imprese riportato in visura es. Registro Imprese di MILANO, MONZA BRIANZA, LODI)  
Numero REA | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | (prima del numero, desumibile dalla visura, inserire la sigla della provincia, es: RM-123456)  
con sede legale in \_\_\_\_\_ (indicare indirizzo completo: città, via, numero civico)  
email del CAF \_\_\_\_\_  
P.E.C. del CAF \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (precisare carica/qualifica ricoperta dal Rappresentante legale: es. Presidente CdA, Amministratore unico, ecc.)  
domiciliato/a per la carica ove sopra, giusti i poteri a me spettanti in virtù del vigente Statuto sociale.

### ● CHIEDO di sottoscrivere la convenzione per l'attività di raccolta e trasmissione delle domande di assegno di inclusione (ADI), delle comunicazioni (modelli ADI-COM), delle domande di supporto per la formazione e il lavoro (SFL) e delle comunicazioni (Modelli SFL-COM) per gli anni 2024-2025.

### ● DICHIARO che:

- il CAF non è stato, al momento della sottoscrizione della presente richiesta di Convenzione, destinatario di provvedimenti da parte dell'Agenzia delle Entrate - ad eccezione di quelli sospesi o annullati in via cautelare dalle competenti Autorità giudiziarie, quali sospensione, decadenza, revoca, ecc. - che possano incidere sull'autorizzazione all'esercizio dell'attività di assistenza fiscale
- il CAF non ha commesso gravi violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana
- il CAF non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana
- non sono state adottate misure inibitorie nei confronti del CAF dalle competenti Autorità giudiziarie o amministrative
- non sono state adottate misure cautelari personali riguardanti i legali rappresentanti del CAF e/o le persone fisiche che ricoprono cariche sociali nazionali previste dallo Statuto del CAF, per fatti compiuti nella qualità e nell'esercizio delle proprie funzioni

\* Se si indica la Carta d'Identità Elettronica, precisare il Comune che ha rilasciato il documento.

## Richiesta di convenzione per l'attività di raccolta e trasmissione delle domande di assegno di inclusione (ADI), delle comunicazioni (modelli ADI-COM), delle domande di supporto per la formazione e il lavoro (SFL) e delle comunicazioni (Modelli SFL-COM) per gli anni 2024-2025 - 1/2

- le persone fisiche ricoprenti cariche sociali nazionali previste dallo Statuto del CAF, i rappresentanti e/o incaricati, oppure i dipendenti e/o responsabili di una Struttura territoriale del CAF, comprese quelle di cui quest'ultimo si avvale ai sensi dell'art. 7 della Convenzione di cui all'oggetto, non sono sottoposte/i ad accertamenti e/o misure cautelari personali da parte delle competenti Autorità per fatti compiuti nell'esercizio delle proprie funzioni che possano pregiudicare il regolare svolgimento delle attività convenzionate
  - il Rappresentante legale del CAF ed i soggetti che ricoprono cariche sociali all'interno del CAF non si sono resi colpevoli o comunque non sono sottoposti ad indagini da parte delle Autorità giudiziarie per i reati di cui all'art. 32 quater Codice penale e per i reati di cui all'art. 80 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50
  - il Rappresentante legale del CAF ed i soggetti che ricoprono cariche sociali all'interno del CAF non sono destinatari di sentenze definitive di condanna per i reati di cui all'art. 32 quater Codice penale e per i reati di cui all'art. 80 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50.
- **MI IMPEGNO**, in ogni caso e senza ritardo alcuno, a trasmettere all'INPS eventuali provvedimenti di analogo tenore a quelli dinanzi indicati, sopravvenuti alla sottoscrizione della presente richiesta di Convenzione.
- **ALLEGRO** copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.
- **SONO CONSAPEVOLE**, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, l'INPS si riserva la facoltà di procedere alla risoluzione unilaterale di diritto della Convenzione, nelle forme e secondo le modalità previste dall'art. 1456 c.c.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

### Referente della Convenzione

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati; si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione. Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'INPS, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'INPS nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it. Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito istituzionale [www.inps.it](http://www.inps.it), "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) del Garante per la protezione dei dati personali.