

Domanda di accesso alla prestazione straordinaria ex articolo 6, comma 1, lettera B) del Decreto Interministeriale 78459 del 17 gennaio 2014 - 1/2

Da trasmettere tramite il Cassetto Previdenziale Aziende della Struttura INPS che ha in carico la matricola aziendale e all'indirizzo email: prestazioniatipiche.DG@inps.it

Al Comitato del Fondo intersettoriale di solidarietà per il sostegno del reddito, dell'occupazione e della riconversione e riqualificazione professionale del personale dipendente dalle imprese assicuratrici e delle società di assistenza tramite la

SEDE INPS DI

Dati Datore di lavoro

FORMA GIURIDICA E RAGIONE SOCIALE/DENOMINAZIONE

MATRICOLA INPS CODICE FISCALE

CODICE PROGRESSIVO AZIENDA

(da valorizzare solo nel caso di azienda già censita)

REFERENTE AZIENDA TELEFONO

EMAIL PEC*

- Sede INPS che gestisce la matricola _____
- Sede INPS presso cui versare la provvista _____
- data verbale accordo aziendale _____
- data inizio validità accordo aziendale _____
(prima decorrenza utile per l'accesso alla prestazione di esodo - non è ammessa una data precedente a quella di stipula accordo)
- data scadenza accordo aziendale _____
(l'accordo può avere una validità pluriennale - la scadenza è la data oltre la quale non è possibile la risoluzione del rapporto di lavoro per accedere alla prestazione di esodo)
- numero lavoratori interessati _____
(numero massimo di lavoratori previsti dall'accordo aziendale)

Io sottoscritto/a

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

in qualità di Titolare Rappresentante legale

- **Chiedo** che l'Azienda sia ammessa ad accedere alla prestazione straordinaria prevista dall'ex articolo 6, comma 1, lettera B) del Decreto Interministeriale 78459 del 17 gennaio 2014.

Allego

- verbale di accordo oo.ss.
- copia del mio documento di riconoscimento in corso di validità.

Domanda di accesso alla prestazione straordinaria ex articolo 6, comma 1, lettera B) del Decreto Interministeriale 78459 del 17 gennaio 2014 - 2/2

● Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (articoli 46, 47, 71, 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000).

Data _____

Firma del Titolare/Rappresentante legale _____

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 Ciro il Grande, n. 21, la informa che i dati personali, compresi quelli appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal medesimo Regolamento UE e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali, nell'ambito della gestione delle richieste - rivolte all'Istituto dal suo Datore di lavoro ai sensi dell'art. 5 della legge n. 300/1970 - in ordine allo svolgimento delle visite per il controllo dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia, nonché per tutte le attività ad esse connesse e collegate. 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 gli stessi 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 di legittimazione, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento, dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati (es: il suo datore di lavoro); 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. 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 UE). 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 Ciro il Grande, 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, "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 del Garante per la protezione dei dati personali.