



PROTOCOLLO

Dichiarazione del Rappresentante legale del Fondo di Previdenza complementare - 1/2

Da allegare alla Domanda telematica Fondi di Garanzia, nel caso sia richiesto l'intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare, di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92. Il modulo deve essere compilato e firmato dal Rappresentante legale del Fondo di Previdenza complementare destinatario della contribuzione. Se il Fondo destinatario della contribuzione è diverso da quello in cui si è verificata l'omissione contributiva, presentare anche la dichiarazione di quest'ultimo Fondo.

Io sottoscritto/a

COGNOME **NOME**

In qualità di Rappresentante legale

del Fondo di Previdenza complementare _____

Denominazione Società/Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____ iscritto al n. _____ dell'albo tenuto dalla COVIP ai sensi dell'art. 19, comma 1, d.lgs 252/05

in relazione alla domanda di intervento del Fondo di Garanzia della posizione previdenziale complementare presentata da

COGNOME **NOME**

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA **A** **PROV.**

STATO

per le omissioni contributive attuate da _____ nel periodo dal _____ al _____

Dichiaro che

il lavoratore sopra indicato è iscritto a questo Fondo di Previdenza complementare dal (gg/mm/aaaa) _____

- ha ottenuto il riscatto totale della posizione individuale in data (gg/mm/aaaa) _____
(per riscatto totale deve intendersi la riscossione dell'intero capitale presente sulla posizione del lavoratore alla data indicata)
- non ha riscattato integralmente la sua posizione individuale
- l'omissione contributiva per la quale il lavoratore ha chiesto l'intervento del Fondo di Garanzia si è verificata all'interno di questo Fondo di Previdenza complementare
- l'omissione riguarda contributi dovuti per l'erogazione di prestazioni pensionistiche complementari, comprese quelle ai superstiti ed escluse le prestazioni per invalidità ed inabilità (art. 5, comma 1, d.lgs. 80/92)
(dichiarazione da rendere da parte del Fondo in cui si è verificata l'omissione contributiva)
- non ha ricevuto pagamenti a parziale copertura della predetta omissione contributiva
- ha ricevuto pagamenti per € _____ a parziale copertura dell'omissione contributiva del periodo _____

Data _____

Timbro _____

Firma del Rappresentante legale _____

Dichiarazione del Rappresentante legale del Fondo di Previdenza complementare - 2/2

● Dettaglio della contribuzione non versata dal datore di lavoro insolvente

(compilare quando il Fondo di Previdenza complementare si sia insinuato nello stato passivo del datore di lavoro insolvente o abbia agito in giudizio per il recupero dell'omissione contributiva)

Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
Anno _____	dal (gg/mm) _____	al (gg/mm) _____	€ _____
			Totale € _____

in conseguenza degli acconti ricevuti restano da versare € _____.

Data _____ Timbro _____

Firma del 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 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 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.