



PROTOCOLLO INPDAP

All'Inpdap - sede di

Cod. 01070617

Io sottoscritto/a

Acquisizione di fatti o stati del richiedente attraverso l'esibizione del suo documento di riconoscimento. (Art.45 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000 )

|                 |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|-----------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|
| Dati anagrafici | Cognome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|                 | Nome    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|                 | Nato il |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |
|                 | a       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Prov. |  |  |
| Codice fiscale  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |

residente in

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Residenza | Città  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Prov. |  |  | Cap. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Via/Piazza                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Recapito telefonico per eventuali comunicazioni: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

CHIEDO L'ACCREDITAMENTO DELL'IMPORTO DEL TRATTAMENTO FINE SERVIZIO

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> sul proprio conto corrente postale |
|---|

Luogo e data

Firma del richiedente

|            |  |
|------------|--|
| Avvertenza | La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa - D.P.R. 445/2000) |
|------------|--|

|   |  |         |       |     |     |           |
|---|--|---------|-------|-----|-----|-----------|
| Spazio per l'ufficio postale previo accertamento dell'identità del richiedente del conto corrente postale o del libretto postale nominativo | Poste Italiane – Sede di                             | Ufficio |       |     |     |           |
|   | Indirizzo  |         |       |     |     |           |
|   | COORDINATE POSTALI DEL CONTO CORRENTE DA ACCREDITARE |         |       |     |     |           |
|   | Paese  | CinEur  | Cin   | ABI | CAB | N.° CONTO |
|   | Data   |         | Firma |     |     |           |
| Timbro dell'Ufficio Postale   |  |         |       |     |     |           |



Istituto Nazionale di Previdenza  
per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica

---

## INFORMATIVA AGLI UTENTI

AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI".

*L'Inpdap, con sede legale in Roma, via S. Croce in Gerusalemme, 55, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali vengono trattati nel rispetto delle previsioni di legge, per finalità strettamente connesse e strumentali all'erogazione della prestazione da Lei richiesta. Il trattamento dei dati personali avviene anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del personale dell'Istituto o di altri soggetti che forniscono specifici servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Istituto stesso. Il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi sanciti dall'art.11 del d.lgs. 196/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in base alla normativa che disciplina la prestazione richiesta, e indispensabile per la definizione del relativo procedimento.*

*I suoi dati personali, ove necessario, potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati fra i quali Istituti previdenziali e assistenziali, Istituti di Credito o Uffici Postali da Lei indicati, organizzazioni che effettuano assistenza legale e fiscale.*

*La informiamo che potrà esercitare i diritti previsti dall'art.7 del d.lgs. 196/2003 con particolare riguardo all'aggiornamento, alla rettifica, all'integrazione dei dati e alla loro cancellazione, trasformazione in forma anonima e blocco. Inoltre, potrà opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano.*

*La informiamo, infine, che per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7, potrà rivolgersi al Direttore dell'Ufficio Inpdap competente alla definizione del procedimento e/o all'erogazione della prestazione, designato, a tale scopo, "Responsabile" pro tempore del trattamento dei dati personali.*

Si prega di sottoscrivere *per presa visione*.

Luogo e data

Firma dell'utente

---