



DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SINDACALI SU PENSIONE
AI SENSI DELL'ART. 23 OCTIES DELLA LEGGE 11 AGOSTO 1972, N. 485

I sottoscritt _____ nat a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____ in Via/P.zza _____ n° _____ e-mail _____ C.F. _____
Documento di identificazione _____ n. _____
Rilasciato il _____ da _____

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Di essere iscritt al **Sindacato Sociale e Lavoro Insieme in sigla SLI (codice L3)**, a favore del quale

AUTORIZZA

l'INPS quale ente erogante la prestazione (**Pensione n. _____ cat. _____ sede _____**) ad effettuare sulla stessa la trattenuta sindacale nella misura dello:

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

La delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salva revoca esplicitamente formulata ed indirizzata per via telematica all'INPS.

Il sottoscritto riconosce che l'Inps è estranea al rapporto associativo intercorrente esclusivamente tra il medesimo e l'Associazione sopra citata ed espressamente esenta l'Istituto da ogni responsabilità circa eventuali contestazioni inerenti la validità o legittimità di tale rapporto.

Il richiedente può comunicare direttamente all'INPS la sua volontà di revocare la delega per la riscossione della quota associativa mediante invio telematico dell'apposito modello di revoca disponibile sul sito internet dell'Istituto, nel qual caso è a conoscenza che l'Istituto provvederà nel più breve tempo possibile alla elaborazione della domanda.

Luogo e data _____ Il richiedente _____ Il Resp.Territoriale del Sindacato (timbro e firma) _____

INFORMATIVA PRIVACY

(Art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale ed amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera dei dipendenti dell'istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di responsabili designati dall'istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territoriale competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale, anche per tramite dell'agenzia stessa.

Sindacato Sociale e Lavoro Insieme - SLI – Via Roma n. 169 - 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)

Tel. 081.19366639 Fax 081.19302622

www.sindacatosli.it – info@sindacatosli.it

All'Istituto Nazionale Previdenza Sociale

ATTO DI REVOCA

I sottoscritt _____ nat a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____ in Via/P.zza _____ n° _____ e-mail _____ C.F. _____
Documento di identificazione _____ n. _____
Rilasciato il _____ da _____

Ai sensi dell'art. 23 octies della Legge 485/72 e in virtù di quanto previsto dalle norme della convenzione stipulata tra le Organizzazioni Sindacali dei pensionati e codesto istituto

CHIEDE

Che a partire dal _____ la presente ha da **valere quale annullamento e revoca** della delega rilasciata al sindacato/associazione _____ o, nell'ipotesi in cui non si abbia memoria della denominazione del sindacato/associazione precedente, di qualsiasi altra delega precedentemente concessa a favore di sindacati/associazioni **diverse** dal **Sindacato Sociale e Lavoro Insieme - SLI**, al quale dichiara di essersi iscritt a far data odierna.

Luogo e data _____ Il richiedente _____