

ALLEGATO 4

(articolo 7)

**Istanza di adesione al Fondo di garanzia per l'accesso
all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica – APE**
Articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232

Io sottoscritto/a:

Codice Fiscale Sesso M F

Cognome

Nome

Nato/a il / /

in Estero

Provincia

Comune

Residente in:

Stato Estero

Provincia

Comune CAP

Indirizzo n.

Telefono mobile

E-mail

CHIEDO

l'adesione al Fondo di garanzia per l'accesso all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge n. 232 del 2016, e del D.P.C.M.

Dati dell'Istituto finanziario

Denominazione e ragione sociale

Codice fiscale/partita

IVA Con sede legale in

Dichiaro di essere consapevole che l'attivazione del Fondo di garanzia è subordinata al versamento della commissione di accesso di cui all'articolo 13.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 47, 48, 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000).

Luogo e data

Firma del richiedente



Informativa sul trattamento dei dati personali**Art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

Ai sensi della normativa sulla protezione dei dati personali la informiamo che i dati da lei conferiti volontariamente saranno trattati e conservati esclusivamente al solo fine di svolgere tutte le attività strettamente funzionali alla concessione dell'anticipo pensionistico (cosiddetto APE) previsto e disciplinato dalla legge n. 232 del 2016 e dal DPCM _____.

Titolari del trattamento sono l'INPS, gli Istituti finanziatori e le Imprese assicuratrici ciascuno per il proprio ambito di competenza. I dati saranno comunicati da INPS all'intermediario finanziario (o banca) ed all'impresa assicuratrice da lei prescelta che aderiscono agli Accordi quadro stipulati con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministero dell'economia e delle finanze. I dati, il cui conferimento è obbligatorio (ad eccezione del telefono mobile), saranno trattati principalmente mediante l'ausilio degli strumenti elettronici, da soggetti appositamente incaricati nell'ambito di precise istruzioni e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal Codice della protezione dei dati. Ai sensi dell'art. 7 del Codice, la informiamo che ha il diritto di chiedere l'accesso ai suoi dati personali, il loro aggiornamento, rettifica ed integrazione oltre al diritto di opposizione al loro trattamento per motivi legittimi. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati quando ciò sia previsto dalla legge o dai regolamenti e nei limiti dagli stessi fissati. Ha inoltre il diritto di conoscere a quali soggetti i dati sono stati comunicati. A tal fine potrà rivolgere istanza - secondo le modalità previste dagli artt. 8 e 9 del Codice - nei confronti di INPS - con sede in Roma, via Ciriaco De Mita 21. Resta inteso che, con specifico riferimento al contratto di APE che lei provvederà eventualmente a sottoscrivere unitamente al contratto di polizza assicurativa e al contratto di finanziamento, le sarà fornita un'ulteriore specifica informativa da parte dei relativi Titolari con adeguate modalità informatiche. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alle previsioni di legge.

