



UNIONE NAZIONALE SINDACALE IMPRENDITORI E COLTIVATORI

Spett.le INPS

**REVOCA ALLA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI
AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1968, N. 334**

il/la sottoscritto/a cognome..... nome

codice fiscale nato/a il (gg/mm/aaaa)

a prov stato

residente in prov stato

indirizzo cap.....

telefono emai/PEC.....

documento di riconoscimento..... n.....

rilasciato da..... il.....

in qualità di (selezionare la posizione per la quale è conferita la delega)

- Titolare impresa agricola a conduzione diretta
- Concedente a Colono/Mezzadro
- Imprenditore agricolo individuale iscritto alla gestione speciale lavoratori agricoli autonomi
- Concedente a piccoli coloni o compartecipanti familiari
- Titolare o Rappresentante legale dell'azienda assuntrice di manodopera agricola

Sede provinciale INPS competente alla gestione della posizione contributiva:

Dati identificativi dell'azienda assuntrice di manodopera:

- codice fiscale azienda (16 caratteri alfanumerici o 11 cifre):
- denominazione azienda:

CHIEDE

a codesto Spett.le Istituto di prendere atto, della revoca di delega alla riscossione della quota associativa rilasciata in conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi della legge 12 marzo 1968, N. 334, all'Associazione

Ai sensi Regolamento UE 2016/679 e del decreto legislativo n.196/2003, così come integrato e modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, è chiarito che i trattamenti dei dati che la riguardano, effettuati dall'INPS per la riscossione dei contributi, sono dall'Istituto posti in essere in qualità di autonomo Titolare del trattamento e sono dallo stesso svolti attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per cui i dati sono raccolti, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalle citate norme nonché da altre disposizioni di legge e regolamenti.

L'informativa completa sui trattamenti dei dati da parte dell'INPS, resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, è consultabile sul sito istituzionale INPS www.inps.it oppure presso le sedi territoriali dell'Istituto.

Data..... FIRMA.....