Südtiroler Bauernbund
Patronato ENAPA

FREIWILLIGE ABSICHERUNG DER PFLEGEZEITEN (LAV) - FABI

- ✓ AUSWEIS UND STEUERNUMMER DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU PFLEGENDEN PERSON
- ✓ PERIODISCHES MITTEILUNGSBLATT DES ZUSATZRENTENFONDS VOM VORJAHR DER ANTRAGSTELLUNG
- ✓ KOPIE IBAN-KARTE
- ✓ EINZAHLUNGSBESTÄTIGUNGEN BEI ZAHLUNGEN AN DAS NISF/INPS (freiwillige oder Pflichtbeiträge)
- ✓ ORIGINALEN EINZAHLUNGSSCHEIN NISF/INPS
- ✓ STEMPELMARKE € 16

a) Persönliche Daten

- ✓ Vor -und Nachname:_____STRN:_____ □ w □ m
- ✓ Geburtsdatum: _____Geburtsort: _____Staatsbürgerschaft: □ Italienisch □ Andere_____
- ✓ Zivilstand: □ ledig □verheiratet (STRN Ehepartner _____)
  □ Andere (geschieden, verwitwet, …) _____
- ✓ Wohnadresse:_____Nr:____PLZ:_____ Ort: _____
- ✓ Handynummer:_____E-Mailadresse: _____

Können Sie in der Region Trentino-Südtirol mindestens fünf Jahre lang eine ununterbrochene Residenz beweisen?

- □ seit der Geburt ununterbrochen
- □ seit mindestens 5 Jahren ununterbrochen vor der Einreichung des Gesuches seit:_____
- □ mit einer historischen meldeamtlichen Ansässigkeit in Trentino-Südtirol von mindestens 15 Jahren:
  von_____bis_____,
  von_____bis_____,
  von_____bis _____
- □ davon 1 Jahr ununterbrochen vor der Einreichung des Gesuches: von _____
- □ seit weniger als 5 Jahren aber mit anderen Unter-lagen kann der andauernde Aufenthalt im Gebiet der Provinz Bozen seit mindestens 5 Jahren ununterbrochen vor der Einreichung des Gesuches, nachgewiesen werden (Dokumentation beigelegt), seit: _____

ACHTUNG: Der gepflegte Familienangehörige muss sich für den ganzen beantragten Zeitraum in der 2.- 4. Pflegestufe befinden, oder, nur für Familienangehörige unter 5 J., kann die betreute Person auch Zivilinvalide mit 74%, Zivilblind oder Gehörlos sein.

- ✓ Zeitraum für den die Rentenabsicherung beantragt wird: von_____bis _____

b) Die antragstellende Person erklärt, dass sie im angesuchten Zeitraum (wenn ja, kein Anspruch!):

- ✓ eine direkte Rente bezogen hat: ❑ ja X nein
- ✓ eine fiktive Rentenabdeckung infolge von Arbeitsplatzverlust (NASPI) erhalten hat: ❑ ja X nein
  ACHTUNG: Sollte diese vom NISF nach Einreichung gewährt werden und die beantragten Zeiträume betreffen, muss das mitgeteilt werden.
- ✓ die Mindestvoraussetzung für die Dienstalters- oder Altersrente erreicht hat. ❑ ja X nein
- ✓ das für die Altersrente vorgesehene Alter erreicht oder die Mindestbeitragsjahre (20 Jahre) nicht angereift hat ❑ ja X nein
- ✓ eine zusätzliche Berufstätigkeit ausgeübt wurde: ❑ ja X nein

Achtung: der Beitrag steht nicht zu, wenn im besagten Zeitraum eine Berufstätigkeit ausgeübt worden ist, die nicht im obigen Verzeichnis aufscheint.

c) Die antragstellende Person erklärt, dass sie für den gesamten Zeitraum, für den der Beitrag angesucht wird, folgenden Beruf ausgeübt hat:

- □ er/sie hat keinen Beruf ausgeübt und war nicht pflichtversichert (z.B. Hausfrauen und -männer oder Studenten/Innen, arbeitslose Personen ohne Arbeitslosenunterstützung und ohne Rentenabsicherung)
- □ Angestellte/r im Privatdienst in Wartestand ohne Bezüge und ohne Rentenversicherung
- □ Teilzeitangestellte/r* mit Vertrag _____%
- Angestellte/r mit einem Vertrag auf Abruf mit teilweiser Rentenabdeckung
- □ Voucher mit teilweiser Rentenabdeckung
- □ Hat einen der folgenden Berufe ausgeübt:
  - ✓ Handwerker/in
  - ✓ Kaufmann/frau
  - ✓ Bäuerin/Bauer, Halb- und Teilpächter/in
  - ✓ kontinuierliche und koordinierte Tätigkeit als aus schließliche Beschäftigung
  - ✓ Freiberufler/in

**Angabe des genauen %-Satz/ bei mehreren Teilzeitverträgen die Summe/ falls sich im Laufe des Jahres der %-Satz der Part-Time-Tätigkeit ändert, gibt man den höheren an!*

d) Angaben zum pflegedürftigen Familienangehörigen, der im angesuchten Zeitraum betreut wurde

✓ Vor -und Nachname:_____ STRN:_____ □ w□m

✓ Geburtsdatum:_____ Geburtsort: _____

✓ Verwandtschaftsverhältnis: □ Ehepartner □ Lebensgefährte □ Verwandter bis zum 4. Grad □ Verschwägert bis zum 3. Grad □ Person, an die man zivilrechtlich gebunden ist

□ Kind in Vollzeitpflege, Datum des Anvertrauungsdekret _____

Der/die pflegebedürftige Familienangehörige lebt mit dem Antragsteller zusammen □ ja □ nein,

Wohnadresse:_____ Nr:_____ PLZ:_____ Ort: _____

✓ Ist der/die Familienangehörige verstorben? □ Ja, Datum:_____ □ Nein

e) Eine der folgenden Bedingungen muss mind. erfüllt werden:

✓ Hatte die betreute Person während des gesamten beantragten Zeitraums einen Invaliditätsgrad von 74 % oder mehr oder war diese Zivilblinde/r oder taub und/oder in der 2., 3. oder 4. Pflegestufe? □Ja □Nein

✓ War die betreute Person im beantragten Zeitraum in Erziehungseinrichtungen (Schule, Kindergarten o.ä.) oder in Tagestätten für Behinderte angemeldet? □Ja □Nein

✓ Lebte die betreute Person während des beantragten Zeitraumes mit der anstragstellenden Person zusammen und war diese auf denselben Familienbogen? □Ja □Nein

f) Zeitraum, für welchen die Rentenabsicherung beantragt wird

Berufstätigkeit nur falls **anders als c)** oder **nach Datum verschieden:**

✓ Datum Beginn:_____ Datum Abschluss:_____ Einzige Berufstätigkeit: _____

✓ Datum Beginn:_____ Datum Abschluss:_____ Einzige Berufstätigkeit: _____

✓ Datum Beginn:_____ Datum Abschluss:_____ Einzige Berufstätigkeit: _____

✓ Datum Beginn:_____ Datum Abschluss:_____ Einzige Berufstätigkeit: _____

✓ Datum Beginn:_____ Datum Abschluss:_____ Einzige Berufstätigkeit: _____

g) Einzahlungen bei freiwilligen oder Pflichtbeiträgen:

1. **Trimester Januar/März** **Datum:_____ Betrag €** _____
2. **Trimester April/ Juni** **Datum:_____ Betrag €** _____
3. **Trimester Juli/September** **Datum:_____ Betrag €** _____
4. **Trimester Oktober/Dezember** **Datum:_____ Betrag €** _____

Gesamteinzahlung € _____

h) Auszahlungsart

☐ Zusatzrentenfonds:

Name des ZRF: _____

Die antragstellende Person erklärt, dass sie alle Voraussetzungen[1] bezüglich der Einschreibung und den Einzahlungen in eine Zusatzrentenform erfüllt, um diesen Beitrag zu erhalten.

☐ Auszahlung auf Bankkonto (IBAN-Karte beilegen) für:

Freiwillige Sozialversicherungsbeiträge, die für den beantragten Zeitraum genehmigt und an die angehörende Rentenkasse gezahlt wurden/ Geschuldete und eingezahlte Pflichtbeiträge, die im Bezug auf den der eigenen Rentenkasse beantragten Zeitraum

Unterschrift **X**_____ Datum _____

[1] mind. € 500 (ausgen. Arbeitgeberanteil oder Abfertigung) im Fonds bei Antragstellung eingezahlt

Südtiroler Bauernbund
Patronato ENAPA

COPERTURA PREVIDENZIALE DEI PERIODI DI CURA AI FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI - FABI

- ✓ CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE (RICHIEDENTE, FIGLIO)
- ✓ LETTERA PERIODICA DEL FONDO PENSIONE AGGIUNTIVO DELL'ANNO PRECEDENTE ALLA DOMANDA
- ✓ CONFERMA DEL PAGAMENTO COPERTURA PREVIDENZIALE DEI PERIODI DI ASSISTENZA AI FIGLI DEL INPS
- ✓ BOLLETTINO DI VERSAMENTO ORIGINALE DEL INPS
- ✓ MARCA DA BOLLO €16

A) DATI RELATIVI ALLA PERSONA

- ✓ nome e cognome:_____CF:_____sesso: ☐ F ☐ M
- ✓ data di nascita: _ _ / _ _ / _____ e luogo: _____
- ✓ Stato civile: ☐celibe/nubile ☐sposata/o (CF del coniuge _____) ☐ altro (divorzata/o, vedova/o,_____)
- ✓ Indirizzo:_____n. civico:_____CAP:_____Luogo: _____
- ✓ Numero di cellulare:_____Indirizzo E-Mail: _____

B) DATI RILEVANTI PER LA DOMANDA

Può dimostrare una residenza ininterrotta da almeno cinque anni nella regione Trentino-Alto Adige?

- ☐ dalla nascita ininterrottamente
- ☐ da meno di 5 anni, ma può dimostrare con altri elementi la permanenza stabile sul territorio del Trentino-Alto Adige della presentazione della domanda (si allega la relativa documentazione): dal_____
- ☐ da almeno 5 anni ininterrottamente prima della presentazione della domanda dal _____
- ☐ con una residenza storica anagrafica di 15 anni in Trentino-Alto Adige:
  dal_____al_____
  dal_____al_____
  dal_____al _____
  di cui almeno 1 anno ininterrotto immediatamente antecedente la domanda: dal _____

C) DATI RIGUARDANTI IL PERIODO PER IL QUALE SI CHIEDE IL CONTRIBUTO, SE SÍ NO DIRITTO!

- ✓ La persona richiedente dichiara di essere stata iscritta all'assicurazione regionale volontaria per la pensione alla persone casalinghe. ☐ sì X no
- ✓ essere stata titolare di pensione diretta. ☐ sì X no
- ✓ essere stata dipendente della pubblica amministrazione con contratto del pubblico impiego (anche se in aspettativa non retribuita). ☐ sì X no
- ✓ aver svolto un'ulteriore attività lavorativa. ☐ sì X no
- ✓ aver fruito di una copertura previdenziale figurativa derivante dalla perdita del lavoro (es. NASPI). ☐ sì X no

Attenzione: in caso di concessione di indennità di disoccupazione da parte dell'INPS, successiva all'invio della presente domanda, e relativa al periodo richiesto o parte di esso, si deve darne tempestiva comunicazione ad ASSE.

ATTENZIONE: per l'intero periodo per cui si presenta domanda il soggetto assistito deve risultare inquadrato nel 2°, 3° o 4° livello di non autosufficienza (come previsto dalla L.P. 12.10.2007, n. 9) provinciale, oppure, per i soli minori di cinque anni, il soggetto assistito può anche essere invalido (con percentuale pari o superiore al 74 %), cieco civile o sordo.

D) ATTIVITÀ UNICA O PREVALENTE SVOLTA DURANTE IL PERIODO PER IL QUALE SI CHIEDE IL CONTRIBUTO

N.B.: Se nel periodo richiesto è stata svolta un'attività non compresa nell'elenco, il contributo non spetta. La persona richiedente dichiara che **per l'intero periodo per il quale si chiede il contributo** ha svolto la seguente attività:

- ☐ non ha svolto alcuna attività lavorativa e non è stato/a iscritto/a a forme di previdenza obbligatoria (p.es. casalinghe o studentes-se/studenti o persone disoccupate senza indennità e copertura previdenziale)
- ☐ dipendente privata/o in aspettativa non retribuita e senza copertura previdenziale ai fini della cura del/la bambino/a
- ☐ dipendente privata/o part-time con contratto* fino al__ %*
- ☐ dipendente con contratto a intermittenza (a chiamata) con copertura previdenziale parziale
- ☐ lavoro accessorio (voucher) con copertura previdenziale parziale
- ☐ Una delle seguenti attività:
- ✓ artigiana/o
- ✓ commerciante
- ✓ coltivatrice diretta/coltivatore diretto, mezzadra/o o colona/o
- ✓ parasubordinata/o con attività esclusiva
- ✓ libera/o professionista

* (specificare la % esatta,/ se esistono vari contratti part-time mettere la somma/ se la percentuale di part-time cambia durante l'anno, mettere quello più alto)

E) Dati della/del familiare non autosufficiente assistita/o nel periodo per la/il quale si chiede il contributo

✓ nome e cognome:_____CF:_____sesso: ☐ F ☐ M

✓ data di nascita:_____e luogo: _____

✓ Rapporto di parentela con la persona richiedente:

☐ Coniuge ☐ parente fino al 4° grado ☐ affine fino al 3 grado ☐ persona a cui si è uniti civilmente ☐ figlio del convivente ☐ minore affidata/o a tempo pieno; Data provvedimento affidamento_____

☐ La/il familiare è deceduta/o? ☐ no ☐ si; data decesso_____

☐ La/il familiare non autosufficiente convive con la persona richiedente sí ☐

no, Indirizzo:_____n. civico:_____CAP:_____Luogo: _____

Per l'intero periodo richiesto, la/il familiare o minore affidata/o assistita/o

✓ E' stata/o inquadrata/o nel 2°, 3° o 4° livello di non autosufficienza? ☐Sí ☐No

F) PERIODO PER IL QUALE SI RICHIEDE LA COPERTURA PREVIDENZIALE, OCCUPAZIONE SOLO **SE DIVERSA DA D) O DIVERSA PER DATA:**

✓ Data inizio:_____ data fine:_____(Unica occupazione:_____)

✓ Data inizio:_____ data fine:_____(Unica occupazione:_____)

✓ Data inizio:_____ data fine:_____(Unica occupazione:_____)

✓ Data inizio:_____ data fine:_____(Unica occupazione:_____)

✓ Data inizio:_____ data fine:_____(Unica occupazione:_____)

G) Pagamenti dei contributi volontari/obbligatori

1. **Trimestre gennaio/marzo** **data:_____importo € _____**
2. **Trimestre aprile/giugno** **data:_____importo € _____**
3. **Trimestre luglio/settembre** **data:_____importo € _____**
4. **Trimestre ottobre/dicembre** **data:_____importo € _____**

Totale € _____

H) Modalità di pagamento

☐ Versamento su conto corrente bancario (possibile solo per contributi volontari/obbligatori)

☐ Versamento al fondo pensione complementare Nome Fondo pensione: _____

X La persona richiedente dichiara di essere in possesso dei requisiti necessari per l'ottenimento del contributo, relativi all'iscrizione e ai versamenti al fondo pensione complementare[1] (si allega la relativa documentazione).

Firma X_____ Data _____

[1] Almeno 500 euro (esclusi i contributi a carico del datore di lavoro o il TFR) versati al fondo

Südtiroler Bauernbund
Patronat ENAPA

ENAPA

P a t r o n a t E.N.A.P.A.
(Anerkannt mit Ministerialdekret 10/04/1992)

P a t r o n a t o E.N.A.P.A.
(Riconosciuto con D.M. 10/04/1992)

Beistands- und Vertretungsvollmacht

Mandato di Assistenza e Rappresentanza

Ich Unterfertigte/r: .....
Io sottoscritto:
geboren am: .....
nato/a il:
wohnhaft/Strasse: .....
residente/indirizzo:
Gemeinde: .....
Comune:
Steuernummer: .....
Codice fiscale:

gebe mit vorliegendem Akt im Sinne des Art. 13 des Ges. 30.03.2001, Nr. 152 und des M.D. 10.10.2008, Nr. 193 dem Patronat E.N.A.P.A., wo ich im Sinne des Art. 47 des Z.G.B. mein Domizil erwähle, die unentgeltliche Beistands- und Vertretungsvollmacht gegenüber dem:

con il presente atto conferisco mandato a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della Legge 30.03.2001, n. 152 e del DM 10.10.2008, n. 193, al Patronato ENAPA; presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 C.C., nei confronti del:

INPS

zwecks Erledigung des Antrages um Gewährung

per lo svolgimento della pratica relativa a

FREIWILLIGE ABSICHERUNG DER PFLEGEZEITEN/ COPERTURA PREVIDENZIALE DEI PERIODI DI CURA

Diese Vollmacht kann nur schriftlich widerrufen werden.

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

HAFTUNGSAUSSCHLUSS
Der/ die Unterzeichnende,
ERKLÄRT
dass er/sie am 29.04.2022 dem ENAPA-Patronat eine Vollmacht für die Bearbeitung und Übermittlung den Antrags erteilt hat, dass alle Daten und Informationen, die im Antrag enthalten sind, vom Unterzeich- nenden unter seiner/ihrer eigenen persönlichen Verantwortung erklärt/angegeben wurden; dass er/sie vom Patronat die notwendigen Informationen über die gesetzlichen Voraussetzungen für den Leistungsanspruch erhalten hat; dass er/sie über den Inhalt des Antrags in Kenntnis ist und er/sie von der Rich- tigkeit, Vollständigkeit und dem Wahrheitsgehalt seiner/ihrer angegebenen und eingegebenen Daten und Informationen überzeugt ist, seine/ihre Angaben gegenüber dem Patronatsmitarbeiter mit diesen übereinstimmen, um seine/ihre Daten für den Leistungserhalt überprüft und bestätigt hat; vom Patronat Enapa gewarnt und auf die gesetzlich vorgesehenen Sanktionen im Falle von Falschangaben hingewie- sen worden zu sein.
Hiermit befreit er/sie das Patronat Enapa, seine Angestellten/Mitarbeiter, die angeschlossenen Dienst- leistungsunternehmen sowie die territorialen Niederlassungen der Confagricoltura von jeglicher zivil- und strafrechtlichen Haftung für die Tätigkeit, die aufgrund der von seiner/ihrer zur Verfügung gestellten Da- ten für die Weiterleitung des Antrages und die anschließende Übermittlung an das Amt hinsichtlich der darin erfassten und beschriebenen Sachverhalte durchgeführt wird.

LIBERATORIA
Il sottoscritto, premesso che in data 29.04.2022 ha rilasciato al Patronato, apposito mandato per l'acquisizione e trasmissione della domanda,
DICHIARA
Che ogni dato ed informazione contenuta nella Domanda sono state dichiarate/fornite dal sottoscritto sotto la propria personale responsabilità; di aver ricevuto dal Patronato la necessaria informativa sui requisiti di legge per l'accesso alla prestazione; che sono stato reso edotto di quanto contenuto nella domanda ed ho verificato la correttezza , completezza e veridicità dei dati ed informazioni da me forniti ed inseriti, nonché la corrispondenza con quanto da me dichiarato all'operatore ed inteso affermare ai fini dell'ottenimento della prestazione; di essere stato ammonito e messo a conoscenza dal Patronato Enapa delle sanzioni previste dalla legge in caso di false dichiarazioni. Di esonerare da ogni responsa- bilità civile e penale il Patronato Enapa nonché i dipendenti/collaboratori di esso, delle società di servizi convenzionate, delle articolazioni territoriali della Confagricoltura, per l'attività svolta in conseguenza dei dati da me forniti per l'inoltro della domanda di e della successiva trasmissione in ordine ai fatti ed alle circostanze ivi contemplate e descritte.

Unterschrift des Vollmachtgebers/
Firma dell'assistito **X** _____

Daten Patronatsmitarbeiter / Dati Operatore Patronato
Nachname-Name / Cognome

Ort und Datum/Luogo e data

Unterschrift/Firma _____

Stempel/Timbro **Kod. 23/_**

INFORMATIONEN LAUT DER EUROPÄISCHEN VERORDNUNG NR. 679/2016 UND DEM GVD 196/03 I.G.F.

Nachdem ich die Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Da- ten durch das Enapa Patronat, unter Berücksichtigung der gültigen Bestimmungen und unter Wahrung der Grundsätze der Richtigkeit, Rechtmäßigkeit und Transpa- renz, gelesen habe, insbesondere: Verantwortlicher für die Verarbeitung der Da- ten ist das Patronatsinstitut der ENAPA- Ente Nazionale Assistenza Patrocinio Ag- ricoltori welches durch die Confederazione Generale dell'Agricoltura Italiana (Con- fagricoltura) geführt wird – verantwortlich. Der Rechtssitz befindet sich in Rom, Corso Vittorio Emanuele II, Nr. 101, Postleitzahl 00186; Telefon: 06.6852344; E- Mail: enapa@confagricoltura.it. Gegenstand der Verarbeitung Der Verantwortliche verarbeitet die folgenden personenbezogenen Daten der betroffenen Person und deren Familienmitgliedern / Partner: Identifikationsdaten (zum Beispiel Name, Nachname, Adresse, Telefon, E-Mail), Daten zum Einkommen, besondere Kate- gorien von Daten (personenbezogene Daten aus denen die Rasse oder ethnische Herkunft hervorgeht, politische Meinungen, Gewerkschaftsmitgliedschaft sowie genetische Daten, Daten in Bezug auf das Sexualleben oder die sexuelle Orien- tierung der Person), Gesundheits- und Gerichtsdaten. Zweck und Rechtsgrund- lage Die personenbezogenen Daten der betroffenen Person werden ausschließ- lich zu folgenden Zwecken verarbeitet: a) Erfüllung des erteilten Mandats (für die Unterstützung vor der Verwaltung und / oder dem Gericht) b) zu Informa- tionszwecken und die Werbung für Dienste und zur Ermöglichung der Übermitt- lung von Daten an Subjekte oder Organismen von Confagricoltura sowie an alle anderen Subjekte, mit denen der Verantwortliche Vereinbarungen für die Aus- übung der institutionellen Tätigkeit getroffen hat und das Versenden von Werbe- mitteilungen und / oder Informationsmaterial erlaubt. Notwendigkeit der Bereitstel- lung der Daten Die Bereitstellung der Daten und die Zustimmung zur Verarbeitung durch die betroffene Person zu den in Buchstabe a) genannten Zwecken ist eine notwendige Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses sowie für die Erbringung der Dienstleistungen. Ohne diese Daten ist es dem Ver- antwortlichen nicht möglich das Mandat auszuführen. Die Einwilligung zur Verar- beitung von Daten zu Informations- und Werbezwecken gemäß Buchstabe b) ist völlig freiwillig. Die fehlende Erteilung der Einwilligung hat auf das Vertragsverhält- nis zwischen den Parteien keine Auswirkung. Speicherdauer der Daten Der Ver- antwortliche verarbeitet die erhobenen personenbezogenen Daten zu den in Buchstabe a) genannten Zwecken für den Zeitraum, der erforderlich ist, um die Tätigkeiten im Zusammenhang mit der sich aus dem Mandat ergebenden Ver- pflichtungen sowie den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen. In Bezug auf die in Buchstabe b) genannten Zwecke für Werbemitteilungen und / oder Informati- onsmaterial werden die bereitgestellten Daten solange gespeichert und / oder ver- wendet, bis die von der betroffenen Person erteilte Einwilligung widerrufen wird. Empfänger / Kategorien von Empfängern Die gesammelten personenbezogenen Daten können vom Verantwortlichen an Aufsichtsbehörden, Justizbehörden sowie an Personen weitergegeben werden, für die die Mitteilung gesetzlich vorgeschrie- ben ist oder dies für die Erfüllung der von der betroffenen Person übertragenen Aufgabe erforderlich ist. Diese Personen werden die Daten in ihrer Eigenschaft als Verantwortliche verarbeiten. Rechte der betroffenen Person Die betroffene Person kann sich jederzeit an den Verantwortlichen wenden, um die in den Artikeln 15 bis 21 der Verordnung (EU) Nr. 2016/679 beschriebenen Rechte auszuüben. Darüber hinaus kann die betroffene Person jederzeit die Einwilligung zur Verarbeitung wi- derrufen. Wenn die betroffene Person der Auffassung ist, dass ihre Daten unrecht- mäßig verarbeitet wurden und die Verarbeitung gegen die Regeln und Grundsätze zum Schutz personenbezogener Daten verstößt, hat diese das Recht sich an die Aufsichtsbehörde zu wenden, um eine Beschwerde gemäß den von derselben Be- hörde festgelegten Verfahren einzureichen. Datenschutzbeauftragter Das Enapa Patron hat einen Datenschutzbeauftragten ernannt, der den Verantwortlichen bei der Anwendung nationaler und europäischer Datenschutzgesetze unterstützt, mit der Aufsichtsbehörde zusammenarbeitet und als Kontaktstelle für die betroffenen Personen fungiert. Die Kontaktdaten des DSB lauten wie folgt: dpo.enapa@con- fagricoltura.it

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich habe die Datenschutzerklärung über die Verarbeitung meiner personenbezo- genen Daten im Sinne der anwendbaren Bestimmungen gelesen und verstanden und erteile meine Einwilligung:

⊗ Ja O Nein

für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere auch be- sonderer Kategorien von Daten, für die Erfüllung des Mandats zur Unterstützung und Vertretung laut Punkt a), auf der im Informationsschreiben beschriebenen Art und Weise.

Zudem erteile ich meine Einwilligung:

⊗ Ja O Nein

für die Verarbeitung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten für In- formationszwecke und Werbung laut Punkt b), zu den im Informationsschreiben beschriebenen Konditionen.

N.B. Die Vollmacht ist erst mit Datum, Stempel und Unterschrift des Patronatsmit- arbeiters gültig.

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO N°679/2016 E DEL D. LGS. 196/03 E SS.MM.II.

Letta l'informativa riguardante il trattamento dei dati personali raccolti dal Patro- nato Enapa in conformità alla vigente normativa e nel rispetto dei principi di cor- rettezza, liceità e trasparenza, in particolare informato che: Titolare del trattamento dei dati è l'Istituto di Patronato ENAPA – Ente Nazionale Assistenza Patrocinio Agricoltori promosso dalla Confederazione Generale dell'Agricoltura Italiana (Con- fagricoltura) – con sede legale in Roma, Corso Vittorio Emanuele II n°101 CAP 00186; Telefono: 06.6852344; E-mail: enapa@confagricoltura.it Oggetto del Trat- tamento Il Titolare tratta i dati personali dell'interessato e dei Suoi familiari/convi- venti: identificativi, reddituali, categorie particolari di dati (dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della per- sona) dati relativi alla salute e giudiziari. Finalità e base giuridica del trattamento I dati personali sono trattati esclusivamente per le seguenti finalità: a) adempimento del mandato conferito (per assistenza in fase amministrativa e/o in sede giudizia- ria); b) per attività di informazione e promozione di servizi e per consentire la co- municazione dei dati a soggetti o organismi aderenti o appartenenti alla Confagri- coltura, nonché a tutti gli ulteriori soggetti con i quali il Titolare abbia stipulato ac- cordi per lo svolgimento dell'attività istituzionale, autorizzando l'invio di comunica- zioni promozionali e/o materiale informativo. Natura del conferimento dei dati Il conferimento dei dati e il consenso al trattamento da parte dell'interessato per le finalità di cui alla lettera a) è condizione necessaria per l'instaurazione del rapporto contrattuale e per l'erogazione dei servizi di assistenza. Il consenso al trattamento dei dati per le finalità di informazione e promozione di cui alla lettera b) è invece del tutto facoltativo e l'eventuale rifiuto non comporterà alcuna conseguenza nel rapporto tra le parti per l'espletamento dell'incarico conferito. Periodo di conserva- zione dei dati Il Titolare tratterà i dati personali raccolti per le finalità di cui alla lettera a) per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione degli obblighi derivanti dal mandato. In relazione alle finalità di cui alla lettera b) di comunicazione promozionale e/o di materiale informativo, i dati forniti saranno conservati e/o utilizzati fino a revoca del consenso prestato dall'interessato. Desti- natari/categorie di destinatari I dati personali raccolti potranno essere comunicati dal Titolare ad Organismi di vigilanza, Autorità giudiziarie, nonché a quei soggetti per i quali la comunicazione sia resa obbligatoria per legge o per l'espletamento dell'incarico conferito dall'interessato. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. Diritti dell'interessato In ogni momento l'interessato potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti di cui agli artt. dal 15 al 21 del Reg. (CE) N° 2016/679/UE. In ogni momento l'interessato potrà, inoltre, revocare il consenso prestato al trattamento. Laddove l'interessato ritenga che i suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo e violino le norme e i principi in ma- teria di protezione dei dati personali ha il diritto di rivolgersi all'Autorità di Controllo per proporre reclamo, secondo le modalità da quest'ultima definite. Responsabile della Protezione dei Dati Il Patronato Enapa ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati che supporta il Titolare del trattamento dei dati personali in merito all'applicazione della normativa nazionale ed europea in materia di prote- zione dei dati, cooperando con l'Autorità di controllo e fungendo da punto di con- tatto con gli interessati. Di seguito i dati di contatto del DPO: dpo.enapa@confa- gricoltura.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Dato atto di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali,

ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali:

⊗ Presto il consenso O Nego il consenso

al trattamento dei miei dati personali, anche di categorie particolari di dati, per le finalità di assistenza e rappresentanza di cui alla lettera a) secondo i termini e le modalità riportati nell'informativa.

Inoltre,

⊗ Presto il consenso O Nego il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità di informa- zione e promozione di cui alla lettera b), secondo i termini e le modalità riportati nell'informativa.

Datum/Data:

Unterschrift/Firma

X_____

N.B. Il mandato si perfeziona con data, timbro e firma dell'operatore del Patronato Enapa.