

FREIWILLIGE ABSICHERUNG DER PFLEGEZEITEN (LAV) - FABI

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ AUSWEIS UND STEUERNUMMER DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU PFLEGENDEN PERSON ✓ PERIODISCHES MITTEILUNGSBLATT DES ZUSATZRENTENFONDS VOM VORJAHR DER ANTRAGSTELLUNG | <ul style="list-style-type: none"> ✓ EINZAHLUNGSBESTÄTIGUNGEN DER INPS FREIWILLIGEN WEITERVERSICHERUNG ✓ ORIGINALEN EINZAHLUNGSCHEIN NISF/INPS ✓ STEMPELMARKE € 16 |
|--|---|

a) PERSÖNLICHE DATEN

- ✓ Vor- und Nachname: _____ STRN: _____ w m
- ✓ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Staatsbürgerschaft: Italienisch Andere _____
- ✓ Studientitel (Abschluss): Grundschule Mittelschule Oberschule Universität
- ✓ Zivilstand: ledig verheiratet (STRN Ehepartner _____)
 Andere (geschieden, verwitwet, ...) _____
- ✓ Wohnadresse: _____ Nr: _____ PLZ: _____ Ort: _____
- ✓ IBAN: _____ Name der Bank: _____
- ✓ Handynummer: _____ E-Mailadresse: _____

b) ANTRAGSRELEVANTE DATEN

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> seit der Geburt ununterbrochen <input type="checkbox"/> seit mindestens 5 Jahren ununterbrochen vor der Einreichung des Gesuches seit: _____ <input type="checkbox"/> mit einer historischen meldeamtlichen Ansässigkeit in Trentino-Südtirol von mindestens 15 Jahren:
von _____ bis _____,
von _____ bis _____, | <ul style="list-style-type: none"> von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> davon 1 Jahr ununterbrochen vor der Einreichung des Gesuches: von _____ <input type="checkbox"/> seit weniger als 5 Jahren aber mit anderen Unterlagen 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 _____

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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ eine direkte Rente bezogen hat: ja X nein ✓ eine fiktive Rentenabdeckung infolge von Arbeitsplatzverlust (NASPI) erhalten hat: <input type="checkbox"/> ja X nein <p>ACHTUNG: Sollte diese vom NISF nach Einreichung gewährt werden und die beantragten Zeiträume betreffen, muss das mitgeteilt werden.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ die Mindestvoraussetzung für die Dienstalters- oder Altersrente erreicht hat. <input type="checkbox"/> ja X nein ✓ das für die Altersrente vorgesehene Alter erreicht oder die Mindestbeitragsjahre (20 Jahre) nicht angereift hat <input type="checkbox"/> ja X nein ✓ eine zusätzliche Berufstätigkeit ausgeübt wurde:
<input type="checkbox"/> ja X nein |
|--|---|

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

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

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Angestellte/r im Privatdienst in Wartestand ohne Bezüge und ohne Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Teilzeitangestellte/r* mit Vertrag _____% | <ul style="list-style-type: none"> Angestellte/r mit einem Vertrag auf Abruf mit teilweiser Rentenabdeckung <input type="checkbox"/> Voucher mit teilweiser Rentenabdeckung <input type="checkbox"/> Hat einen der folgenden Berufe ausgeübt: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Handwerker/in ✓ Kaufmann/frau ✓ Bäuerin/Bauer, Halb- und Teilpächter/in ✓ kontinuierliche und koordinierte Tätigkeit als ausschließliche 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 angeheirateter Verwandter bis zum 3. Grad Person, an die man zivilrechtlich gebunden ist
- Kind in Vollzeitpflege, Datum des Anvertraungsdekret: _____

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

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

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

a) 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 Tagesstätten für Behinderte angemeldet? Ja Nein
- ✓ Lebte die betreute Person während des beantragten Zeitraumes mit der antragstellenden Person zusammen und war diese auf denselben Familienbogen? Ja Nein

F) ZEITRAUM FÜR WELCHEN DIE RENTENABSICHERUNG BEANTRAGT WIRD, BERUFSTÄTIGKEIT NUR FALLS ANDERS ALS D) 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: _____

b) Der Beitrag wird für folgende Arten der Sozialversicherungsbeiträge beantragt:

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

Zusatzrentenfonds: Name des Fonds: _____ IBAN Fonds: _____

- Der Antragsteller erklärt, dass er im Besitz der erforderlichen Voraussetzungen für den Erhalt des Beitrags ist, die sich auf die Anmeldung und die Zahlungen an die Zusatzrentenkasse beziehen (die entsprechenden Unterlagen sind beigelegt)¹
- Die antragstellende Person bestätigt die Richtigkeit des IBANs des ausgewählten Fonds ja Nein – Mitteilung des Fonds bezüglich das IBAN beilegen

Eine der folgenden Arten:

- ✓ 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

IBAN : _____ SWIFT: _____

Der Beitrag wird angesucht für: _____

- freiwillige Beiträge, die genehmigt und bei der eigenen Rentenkassa eingezahlt wurden

NISF/INPS INDAP Rückstände Normal Für den Zeitraum von _____ bis _____

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 € _____

Unterschrift **X** _____ Datum _____

¹ Mind. seit mindestens sechs Monaten eingetragen sein und regelmäßig mindestens alle drei Monate den entsprechenden Beitrag zu eigenen Lasten eingezahlt; oder Beiträge in Höhe von insgesamt mindestens 360,00 € eingezahlt. Für beide Einzahlungsarten sind die Abfertigung und der Arbeitgeberbeitrag ausgeschlossen

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

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

A) DATI RELATIVI ALLA PERSONA

- ✓ nome e cognome: _____ CF: _____ sesso: F M
- ✓ data di nascita: __/__/_____ e luogo: _____
- ✓ Titolo di studio: licenza elementare licenza media diploma di scuola superiore laurea
- ✓ Stato civile: celibe/nubile sposata/o (CF del coniuge _____) altro (divorzata/o, vedova/o, _____)
- ✓ Indirizzo: _____ n. civico: _____ CAP: _____ Luogo: _____
- ✓ IBAN: _____ Nome della banca: _____
- ✓ 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?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dalla nascita ininterrottamente
<input type="checkbox"/> 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 _____
<input type="checkbox"/> da almeno 5 anni ininterrottamente prima della presentazione della domanda dal _____ | <input type="checkbox"/> 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 SÌ NO DIRITTO!

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ La persona richiedente dichiara di essere stata iscritta all'assicurazione regionale volontaria per la pensione alla persone casalinghe. <input type="checkbox"/> sì X no ✓ essere stata titolare di pensione diretta. <input type="checkbox"/> sì X no ✓ essere stata dipendente della pubblica amministrazione con contratto del pubblico impiego (anche se in aspettativa non retribuita). <input type="checkbox"/> sì X no ✓ aver svolto un'ulteriore attività lavorativa. <input type="checkbox"/> sì X no | <ul style="list-style-type: none"> ✓ aver fruito di una copertura previdenziale figurativa derivante dalla perdita del lavoro (es. NASPI). <input type="checkbox"/> sì X no <p>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.</p> |
|--|--|

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> dipendente privata/o in aspettativa non retribuita e senza copertura previdenziale ai fini della cura del/la bambino/a
<input type="checkbox"/> dipendente privata/o part-time con contratto* fino al__%*
<input type="checkbox"/> dipendente con contratto a intermittenza (a chiamata) con copertura previdenziale parziale | <input type="checkbox"/> lavoro accessorio (voucher) con copertura previdenziale parziale
<input type="checkbox"/> Una delle seguenti attività:
<input checked="" type="checkbox"/> artigiana/o
<input checked="" type="checkbox"/> commerciante
<input checked="" type="checkbox"/> coltivatrice diretta/coltivatore diretto, mezzadra/o o colona/o
<input checked="" type="checkbox"/> parasubordinata/o con attività esclusiva
<input checked="" type="checkbox"/> 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 convi- viene 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: _____)

CONTRIBUZIONE PREVIDENZIALE

Il contributo viene richiesto a copertura di:

- Versamenti volontari, autorizzati e versati presso la Cassa pensionistica d'appartenenza

INPS INDAP arretrato normale Per il periodo dal _____ al _____

1. trimestre gennaio/marzo data: _____ importo € _____ totale € _____

2. trimestre aprile/giugno data: _____ importo € _____ totale € _____

3. trimestre luglio/settembre data: _____ importo € _____ totale € _____

4. trimestre ottobre/dicembre data: _____ importo € _____ totale € _____

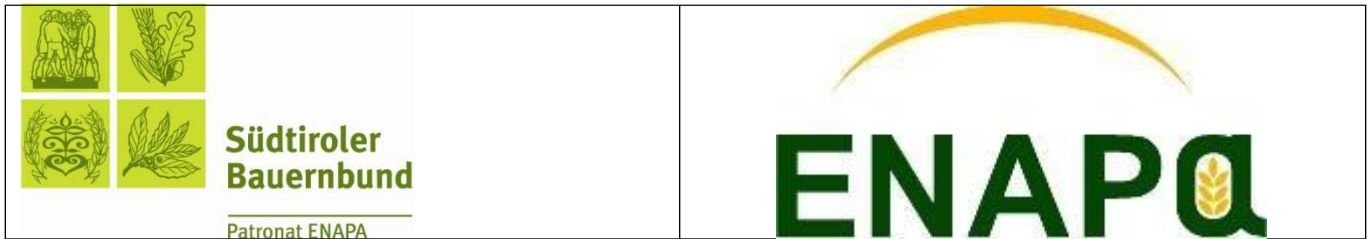
Fondo pensione complementare: Nome del fondo: _____ IBAN del fondo: _____

La persona richiedente conferma la correttezza dell'IBAN relativo al Fondo prescelto: Si No – si allega la comunicazione del fondo attestante l'IBAN corretto su cui versare il contributo

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 (si allega la relativa documentazione).

Firma **X** _____

Data _____



Patronat E.N.A.P.A.
(Anerkannt mit Ministerialdekret 10/04/1992)

Patronato 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.

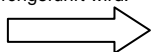
Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

HAFTUNGS-AUSSCHLUSS

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 Unterzeichnenden 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 Richtigkeit, 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 hingewiesen worden zu sein.
 Hiermit befreit er/sie das Patronat Enapa, seine Angestellten/Mitarbeiter, die angeschlossenen Dienstleistungsunternehmen sowie die territorialen Niederlassungen der Confagricoltura von jeglicher zivil- und strafrechtlichen Haftung für die Tätigkeit, die aufgrund der von seiner/ihrer zur Verfügung gestellten Daten 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 responsabilità 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 Daten durch das Enapa Patronat, unter Berücksichtigung der gültigen Bestimmungen und unter Wahrung der Grundsätze der Richtigkeit, Rechtmäßigkeit und Transparenz, gelesen habe, insbesondere: Verantwortlicher für die Verarbeitung der Daten ist das Patronatsinstitut der ENAPA- Ente Nazionale Assistenza Patrocinio Agricoltori welches durch die Confederazione Generale dell'Agricoltura Italiana (Confagricoltura) 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 Kategorien 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 Orientierung der Person), Gesundheits- und Gerichtsdaten. Zweck und Rechtsgrundlage Die personenbezogenen Daten der betroffenen Person werden ausschließlich zu folgenden Zwecken verarbeitet: a) Erfüllung des erteilten Mandats (für die Unterstützung vor der Verwaltung und / oder dem Gericht) b) zu Informationszwecken und die Werbung für Dienste und zur Ermöglichung der Übermittlung von Daten an Subjekte oder Organismen von Confagricoltura sowie an alle anderen Subjekte, mit denen der Verantwortliche Vereinbarungen für die Ausübung der institutionellen Tätigkeit getroffen hat und das Versenden von Werbemitteilungen und / oder Informationsmaterial erlaubt. Notwendigkeit der Bereitstellung 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 Verantwortlichen nicht möglich das Mandat auszuführen. Die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten zu Informations- und Werbezwecken gemäß Buchstabe b) ist völlig freiwillig. Die fehlende Erteilung der Einwilligung hat auf das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien keine Auswirkung. Speicherdauer der Daten Der Verantwortliche 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 Verpflichtungen sowie den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen. In Bezug auf die in Buchstabe b) genannten Zwecke für Werbemitteilungen und / oder Informationsmaterial werden die bereitgestellten Daten solange gespeichert und / oder verwendet, 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 vorgeschrieben 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 widerrufen. Wenn die betroffene Person der Auffassung ist, dass ihre Daten unrechtmäßig 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 Behörde festgelegten Verfahren einzureichen. Datenschutzbeauftragter Das Enapa Patronat 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@confagricoltura.it

EINWILLIGUNGSKLÄRUNG

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

Ja Nein

für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere auch besonderer 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 Nein

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

N.B. Die Vollmacht ist erst mit Datum, Stempel und Unterschrift des Patronatsmitarbeiters 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 Patronato Enapa in conformità alla vigente normativa e nel rispetto dei principi di correttezza, 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 (Confagricoltura) – con sede legale in Roma, Corso Vittorio Emanuele II n°101 CAP 00186; Telefono: 06.6852344; E-mail: enapa@confagricoltura.it Oggetto del Trattamento Il Titolare tratta i dati personali dell'interessato e dei Suoi familiari/conviventi: 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 persona) 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 giudiziaria); b) per attività di informazione e promozione di servizi e per consentire la comunicazione dei dati a soggetti o organismi aderenti o appartenenti alla Confagricoltura, nonché a tutti gli ulteriori soggetti con i quali il Titolare abbia stipulato accordi per lo svolgimento dell'attività istituzionale, autorizzando l'invio di comunicazioni 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 conservazione 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. Destinatari/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 materia 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 protezione dei dati, cooperando con l'Autorità di controllo e fungendo da punto di contatto con gli interessati. Di seguito i dati di contatto del DPO: dpo.enapa@confagricoltura.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 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 Nego il consenso

al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità di informazione 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.