CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE DELLA
CONFEDERAZIONE AUTONOMA SINDACATI ITALIANI

Modello Richiesta Duplicato C.U.

(Certificazione Unica) (Ver. 1.0 2015)

Il/La sottoscritto/a

ATTENZIONE: tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente.

Cognome:_____Nome:_____

Nato/a a:_____Pr._____il_____

C.F._____Residente in_____Pr._____

C.A.P._____Indirizzo _____N._____Tel._____

Tipologia Documento di riconoscimento _____N._____

Rilasciato/a da_____Scadenza_____ **(che si allega in fotocopia)**

Pensionato/a ☐ N.Pensione: CAT.:_____ Sede:_____ Cert._____

Fruitore di Prest. Temp.☐ N.Protocollo: _____

Il formato del protocollo e': INPS.codicesede.GG/MM/AAAA.NNNNNNN

DELEGA

Il **C.A.F. CONF.A.S.I. srl** – Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma – Iscrizione albo CAF dipendenti e Pensionati 00090, ad accedere all'archivio **I.N.P.S**. e/o **I.N.A.I.L.** al fine di prelevare e stampare i dati del proprio modello **C.U.** (Modello Certificazione Unica) necessari alla compilazione della dichiarazione dei redditi e/o della prestazione richiesta al C.A.F. CONF.A.S.I. srl.

La delega e' stata presentata presso la Sede Periferica con Codice Centro_____

DATA_____ FIRMA DEL DELEGANTE_____

(FIRMA LEGGIBILE)

Informativa sulla tutela dei dati personali

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalita' connesse allo svolgimento dell'adempimento suindicato
2. Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potra' essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia con l'ausilio di mezzi informatici.
3. I Suoi dati potranno essere comunicati a terzi, solo se strettamente necessario.
4. Potranno venire a conoscenza dei dati anche i responsabili del trattamento, nonche' gli incaricati del trattamento e gli incaricati alla manutenzione dei data base informatici.
5. Lei potra' in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003
6. Titolare del trattamento e' il C.A.F. CONF.A.S.I. srl – Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma.
7. Il/La sottoscritto/a, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati per le finalita' precisate nell'informativa.

DATA_____ FIRMA DEL DELEGANTE_____

(FIRMA LEGGIBILE)

Inviare il seguente modulo, unitamente ad una copia del documento d' identità del contribuente, a mezzo fax al n. 06.96045696 o via e-mail a: richiestacud@confasi.it

C.A.F. CONF.A.S.I. srl Iscrizione albo CAF 00090 **www.cafconfasi.it**

Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma – Tel. 06.96045695 (4 linee in r.a.) – Fax: 06.96045696
C.F. e P.I.: 11335261001 - Capitale Sociale € 52.000,00 – N. R.E.A. RM-1295273
email: info@confasi.it – p.e.c. : cafconfasisrl@pec.confasi.it
Provvedimento del 09 maggio 2011