

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE

DATI ADERENTE

Da compilare in tutte le parti pena l'irricevibilità della richiesta.

La residenza indicata verrà usata per i conteggi fiscali e per la corrispondenza relativa alla pratica.

L'indirizzo di posta elettronica indicato sarà utilizzato per la corrispondenza relativa alla liquidazione.

IO SOTTOSCRITTA/O

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (M maschio o F femmina):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Numero di Iscrizione/Testa:	
Data iscrizione alla previdenza complementare:	
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	
Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (eventuale):	

MODALITA' di Presentazione dell'istanza Il presente modulo debitamente sottoscritto unitamente al documento di identità, alla dichiarazione del consenso al trattamento dei dati parimenti sottoscritta e all'eventuale copia del decreto attestante la cessazione dell'attività lavorativa deve essere prodotto personalmente presso gli uffici operativi del Fondo (Via G. C. Cortese 29, Napoli) oppure caricato nell'area riservata agli iscritti al Fondo Pensione al seguente link

<https://funds.previnet.it/w-horizon-uninapoli/login.html#/>

SCELTA DELLA PRESTAZIONE

Da compilare a cura dell'Aderente/Beneficiario

TIPOLOGIA DI EROGAZIONE selezionare una delle opzioni indicate	MODALITA' DI EROGAZIONE			TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE ove richiesto, selezionare l'opzione prescelta
		CAPITALE	RENDITA	
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI VECCHIAIA	<input type="checkbox"/>	%	%	PENSIONAMENTO Con 5 anni di partecipazione al Fondo e con età pensionabile stabilita dal regime obbligatorio di appartenenza.
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI ANZIANITA'	<input type="checkbox"/>	%	%	CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA Con 15 anni di partecipazione al Fondo e età inferiore di non più di 10 anni da quella stabilita per il diritto alla pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza
LIQUIDAZIONE PER PENSIONAMENTO SENZA RAGGIUNGIMENTO REQUISITI MINIMI	<input type="checkbox"/>	100%		PENSIONAMENTO All'età prevista dal regime obbligatorio di appartenenza Con meno 5 anni di partecipazione al Fondo o con una rendita calcolata inferiore all'assegno sociale di cui all'art.3, commi 6 e 7 della Legge 8 agosto 1995, n.335
RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI	<input type="checkbox"/>	100%		<input type="checkbox"/> VOLONTA' DELLE PARTI (Dimissioni, Licenziamento, Scadenza Contratto, Risoluzione Consensuale) <input type="checkbox"/> CAUSA INDIPENDENTE DALLA VOLONTA' DELLE PARTI
RISCATTO PER MORTE DELL'ADERENTE	<input type="checkbox"/>	100%		

Contributi **"NON DEDOTTI"** e non ancora comunicati €
 (in lettere /)

SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI RENDITA

Da compilare a cura dell'Aderente

TIPOLOGIA DI RENDITA selezionare una delle opzioni indicate		MODALITA' DI EROGAZIONE della RENDITA frequenza rata
A. VITALIZIA SENZA REVERSIBILITA'	<input type="checkbox"/>	Annuale
B. CERTA 5 ANNI	<input type="checkbox"/>	Annuale
C. CERTA 10 ANNI	<input type="checkbox"/>	Annuale
D. VITALIZIA CON REVERSIBILITA'	<input type="checkbox"/>	Annuale

- A. **VITALIZIA SENZA REVERSIBILITA'**: all'aderente, finché è in vita.
B. **CERTA 5 ANNI**: all'aderente, finché è in vita, ovvero ai beneficiari designati – fino al **quinto** anniversario della data di conversione del capitale in rendita – se si verifica il decesso dell'aderente prima di tale anniversario
C. **CERTA 10 ANNI**: all'aderente, finché è in vita, ovvero ai beneficiari designati – fino al **decimo** anniversario della data di conversione del capitale in rendita – se si verifica il decesso dell'aderente prima di tale anniversario
D. **VITALIZIA CON REVERSIBILITA'** all'aderente, finché è in vita, e successivamente alla persona designata (beneficiario individuato) finché è in vita.

DATI DEI BENEFICIARI per la RENDITA CERTA

Da compilare in tutte le parti pena l'irricevibilità della richiesta.

*La residenza indicata verrà usata per i conteggi fiscali e per la corrispondenza relativa alla pratica.
L'indirizzo di posta elettronica indicato sarà utilizzato per la corrispondenza relativa alla liquidazione.*

BENEFICIARIO

IO SOTTOSCRITTA/O DESIGNO IRREVOCABILMENTE quale BENEFICIARIO per la RENDITA CERTA

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (M maschio o F femmina):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	

Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (<i>eventuale</i>):	

Data compilazione:

Firma Aderente: _____

BENEFICIARIO ALTRO

IO SOTTOSCRITTA/O DESIGNO IRREVOCABILMENTE quale **BENEFICIARIO** per la **RENDITA CERTA**

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (<i>M maschio o F femmina</i>):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	
Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (<i>eventuale</i>):	
Data compilazione:	

Data compilazione:

Firma Aderente: _____

DATI DEL BENEFICIARIO INDIVIDUATO per la RENDITA CON REVERSIBILITA'

Da compilare in tutte le parti pena l'irricevibilità della richiesta.

*La residenza indicata verrà usata per i conteggi fiscali e per la corrispondenza relativa alla pratica.
L'indirizzo di posta elettronica indicato sarà utilizzato per la corrispondenza relativa alla liquidazione.*

IO SOTTOSCRITTA/O DESIGNO IRREVOCABILMENTE quale BENEFICIARIO INDIVIDUATO per la RENDITA CON REVERSIBILITA'

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (M maschio o F femmina):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	
Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (eventuale):	

Data compilazione:

Firma Aderente: _____

COORDINATE BANCARIE

Banca:	
Filiale:	
Intestato a:	
Codice IBAN:	
Cod. Paese:	
Cod. Controllo CIN:	
ABI:	
CAB:	
Numero Conto Corrente:	

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi. Il sottoscritto dichiara, ad ogni effetto previsto dallo statuto e dal regolamento del Fondo Pensione, che il proprio domicilio, anche elettronico, è quello riportato alla pagina 1 della presente richiesta.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara e prende atto che, in conformità a quanto descritto nella Nota Informativa, ogni comunicazione del Fondo Pensione, ivi comprese quelle previste da leggi e regolamenti (ad esempio, comunicazioni periodiche, comunicazioni di erogazione delle prestazioni, CU, etc.), sarà inviata all'indirizzo di posta elettronica e, mediante posta ordinaria, al domicilio indicato, e che tutte tali comunicazioni sono disponibili nell'area riservata individuale dell'Aderente dedicata al Fondo Pensione attiva all'indirizzo <https://funds.previnet.it/w-horizon-uninapoli/login.html#/> come altresì riportato sulla pagina principale del fondo <http://www.unina.it/ateneo/personale/fondo-pensione>.

Data compilazione:

Firma Aderente: _____

DATI DEL DATORE DI LAVORO

Da compilare a cura dell'Aderente/Beneficiario

Denominazione e Ragione Sociale:

Ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione:

- Ultimo stipendio con trattenuta (indicare mese e anno)
- Ultimo contributo UNA TANTUM (indicare importo e valuta) €

Data cessazione attività:

Il presente modulo deve essere corredato dal decreto attestante la cessazione dell'attività lavorativa.

NOTA BENE: La domanda va compilata in tutte le sue parti, l'incompleta compilazione della domanda e/o la mancanza delle firme previste e /o la mancanza della integrale documentazione di corredo comporta la nullità della stessa e l'irricevibilità da parte del Fondo.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DATI DELL'ADERENTE E BENEFICIARIO (compilazione a cura dell'Aderente o degli Eredi/Beneficiari)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i **dati anagrafici** dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In caso di decesso va inoltre compilato l'apposito modulo previsto ed allegato di seguito ed allegare la documentazione richiesta. **Si ricorda che in caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione.**

OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI EROGAZIONE (compilazione a cura dell'Aderente o degli Eredi/Beneficiari)

N.B. Le opzioni consentite sono tra loro alternative: Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle prestazioni erogate dai fondi pensione si può fare riferimento alla Circolare 29/E del 20/3/2001 dell'Agenzia delle Entrate.

- A) **PRESTAZIONE PREVIDENZIALE** – L'erogazione della prestazione previdenziale, in forma di rendita o capitale, può essere richiesta dall'iscritto al raggiungimento dei requisiti minimi previsti dallo Statuto. Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relativamente a frequenza di erogazione ed eventuale percentuale di reversibilità.
- B) **RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI** – Il riscatto della posizione individuale può essere richiesto nel solo caso di perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione verificatosi prima del raggiungimento dei requisiti per l'erogazione della prestazione previdenziale.
- C) **DECESSO** – Il decesso dell'iscritto va segnalato dai beneficiari.

CONTRIBUTI NON DEDOTTI – Ai sensi dell'art. 1 comma 2, del D.lgs. n. 47/2000 entro il 30 settembre dell'anno successivo in cui è stato effettuato il versamento è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa. Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 30 settembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'intero ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione che non sono già stati comunicati in precedenza.

OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE E ALTRE INFORMAZIONI

CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA – In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare **sempre il motivo della cessazione** (influisce sul regime fiscale applicabile). La cessazione del rapporto di lavoro per **volontà delle parti** può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro **per causa indipendente dalla volontà delle parti** può invece individuarsi nei casi di interruzione involontaria.

CONTRIBUTI NON DEDOTTI – (ULTIMO ANNO) – Ai sensi dell'art.1, comma 2, del D.lgs. 47/2000, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa. Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 30 settembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'intero ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione che non sono già stati comunicati in precedenza.

COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'Aderente o degli Eredi/Beneficiari).

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. Il conto deve essere intestato o cointestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla banca. In caso di decesso dell'Aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

DATA CESSAZIONE: E' la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

ULTIMO CONTRIBUTO: E' opportuno segnalare importo dell'ultimo versamento dovuto al Fondo Pensione da intendersi come ultimo mese di stipendio che dà luogo a contribuzione e/o i dati dell'eventuale ultimo Versamento Aggiuntivo Una Tantum.

DATI PERSONALI DEGLI AVENTI DIRITTO

Da compilare in tutte le parti pena l'irricevibilità della richiesta.

La residenza indicata verrà usata per i conteggi fiscali e per la corrispondenza relativa alla pratica. L'indirizzo di posta elettronica indicato sarà utilizzato per la corrispondenza relativa alla liquidazione.

Ai sensi della vigente normativa (art.10, comma 3-ter del d.lgs.124/93) "in caso di morte del lavoratore iscritto al fondo pensione prima del pensionamento per vecchiaia, la posizione individuale dello stesso, determinata ai sensi del comma 1, è riscattata dal coniuge, ovvero dai figli, ovvero, se già viventi a carico dell'iscritto, dai genitori. In mancanza di tali soggetti o di diverse disposizioni del lavoratore iscritto al fondo, la posizione resta acquisita al fondo pensione".

Ai sensi dell'art. 7 della Convenzione in vigore che regola i rapporti del fondo con l'ente gestore, "in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza verrà corrisposto un importo pari al capitale assicurato calcolato ai sensi dell'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione".

DATI CONIUGE AVENTE TITOLO AL RISCATTO

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (M maschio o F femmina):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	
Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (eventuale):	
Data compilazione:	

COORDINATE BANCARIE

Banca:	
Filiale:	
Intestato a:	
Codice IBAN:	

FONDO PENSIONE DEL PERSONALE DOCENTE TECNICO E AMMINISTRATIVO
DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II E
DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

Cod. Paese:	
Cod. Controllo CIN:	
ABI:	
CAB:	
Numero Conto Corrente:	

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/200 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che: a) quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità; b) non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere la documentazione di rito spettante al percettore delle somme mediante posta ordinaria agli indirizzi indicati nella presente modulistica.

Data compilazione:

Firma Coniuge: _____



DATI ALTRO SOGGETTO AVENTE TITOLO AL RISCATTO

(FIGLI OPPURE GENITORI CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO DELL'ADERENTE DECEDUTO OPPURE DESIGNATI A NORMA DI LEGGE)

Ai sensi della vigente normativa (art.10, comma 3-ter del d.lgs.124/93) "in caso di morte del lavoratore iscritto al fondo pensione prima del pensionamento per vecchiaia, la posizione individuale dello stesso, determinata ai sensi del comma 1, è riscattata dal coniuge, ovvero dai figli, ovvero, se già viventi a carico dell'iscritto, dai genitori. In mancanza di tali soggetti o di diverse disposizioni del lavoratore iscritto al fondo, la posizione resta acquisita al fondo pensione".

Ai sensi dell'art. 7 della Convenzione in vigore che regola i rapporti del fondo con l'ente gestore, "in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza verrà corrisposto un importo pari al capitale assicurato calcolato ai sensi dell'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione".

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (<i>M maschio o F femmina</i>):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	
Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (<i>eventuale</i>):	
Data compilazione:	

COORDINATE BANCARIE

Banca:	
Filiale:	
Intestato a:	
Codice IBAN:	
Cod. Paese:	
Cod. Controllo CIN:	
ABI:	
CAB:	

FONDO PENSIONE DEL PERSONALE DOCENTE TECNICO E AMMINISTRATIVO
DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II E
DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA LUIGI VANVITELLI

Numero Conto Corrente:

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/200 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che: a) quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità; b) non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Il sottoscritto dichiara altresì di voler ricevere la documentazione di rito spettante al percettore delle somme mediante posta ordinaria agli indirizzi indicati nella presente modulistica.

Data compilazione:

Firma Altro Soggetto avente titolo: _____



CORSO UMBERTO I, N. 40, 80138 NAPOLI
fondopensione@unina.it fondopensione@pec.unina.it
<http://www.unina.it/ateneo/personale/fondo-pensione>

C.F. 95007180631 – ISCRIZIONE Albo Covip 1423

Modulo Liquidazione pag. 11



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

CONIUGE BENEFICIARIO: al coniuge spetta il diritto di riscattare in via esclusiva l'intera posizione dell'iscritto deceduto, con precedenza sulle altre categorie di beneficiari previsti dal d.lgs. 124/93.

ALTRI BENEFICIARI: In assenza del coniuge hanno diritto di riscattare la posizione dell'iscritto deceduto i figli, o, in loro assenza, i genitori purché fiscalmente a carico.

Solo in mancanza di queste categorie, sono valide eventuali designazioni effettuate dall'iscritto.

COORDINATE BANCARIE: Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. Il conto deve essere intestato o cointestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla banca.

In caso di decesso dell'Aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE: è sempre necessario produrre certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'iscritto deceduto. Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, nell'ipotesi di genitore fiscalmente a carico, la documentazione attestante il relativo status. Il beneficiario prescelto dall'iscritto deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione.

In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'iscritto deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore.

Inoltre, va sempre allegato il modulo liberatoria cessione e il modulo di consenso al trattamento dei dati personali, dopo aver letto attentamente l'Informativa allegata al presente modulo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

LA/IL SOTTOCRITTA/O

nata/o il

a Provincia: ()

e residente in Provincia: ()

via n°: CAP:

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

di essere avente diritto unico di

di essere avente diritto di

di essere legittimato al riscatto di

per la quota di _____, unitamente agli altri soggetti appresso indicati per i quali allega analoga dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:

avente diritto sig/ra

avente diritto sig/ra

avente diritto sig/ra

avente diritto sig/ra

Data:

Firma _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai fini previsti dal Regolamento Ue n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche si informa che i dati personali forniti ed acquisiti, saranno oggetto di trattamento nel rispetto di quanto disposto dal premesso Regolamento con particolare riferimento ai diritti ed obblighi conseguenti.

a) Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è il Fondo Pensione del personale docente, tecnico ed amministrativo dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e della Università della Campania Luigi Vanvitelli, con sede in Corso Umberto I, 40, 80138, NAPOLI.

b) Responsabile protezione dati (eventuale)

Il Responsabile protezione dati (c.d. DPO) è il dott. Fabrizio Corona, Via Vecchia Poggioreale, 14 e-mail: corona@e-lawyers.it

c) Finalità del trattamento

I dati personali forniti saranno trattati, sia in modalità informatica che cartacea, unicamente per consentire al Fondo Pensione di effettuare le operazioni relative all'adesione, alle variazioni di aliquota contributiva, alle sospensioni della contribuzione, alla corresponsione di anticipazioni dei contributi accumulati, alla liquidazione delle prestazioni finali e all'informazione in ordine alla normativa e all'attività del Fondo Pensione.

In particolare, il trattamento si riferisce alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

d) Periodo di conservazione dei dati.

La conservazione dei dati personali forniti avverrà per il periodo di tempo necessario all'espletamento delle finalità sopra descritte.

e) Comunicazione

I dati oggetto di trattamento potranno essere comunicati ad altri soggetti (gestore, banche ed istituti di credito, service) che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di competenza. Rimangono salvi tutti i casi in cui le comunicazioni sono prescritte per legge. Gli stessi dati non saranno diffusi né trasferiti all'estero.

f) Obbligo di fornire i dati personali.

Si ricorda che la comunicazione dei dati personali da parte della S.V. rappresenta un requisito necessario per la conclusione dell'accordo ed in caso di rifiuto il Fondo Pensione potrebbe non essere in grado di assicurare le operazioni relative all'adesione ed alla liquidazione delle prestazioni.

g) Revoca del consenso.

Si ricorda che la S.V. ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

h) Diritti dell'interessato.

In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa è riconosciuto alla S.V. in qualsiasi momento il diritto di:

- Accesso (art. 15 Regolamento UE n. 2016/679);
- Rettifica (art. 16 Regolamento UE n. 2016/679);
- Cancellazione (art. 17 Regolamento UE n. 2016/679);
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE n. 2016/679);
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE n. 2016/679);
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE n. 2016/679).

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo fondopensione@pec.unina.it o lettera raccomandata a/r all'indirizzo Corso Umberto I, n. 40, 80138 NAPOLI.

i) Reclamo.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 77 del regolamento UE n. 2016/679 la S.V. potrà proporre reclamo all'Autorità Garante in caso di violazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

*CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (AI SENSI EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679).
Da allegare alla richiesta solo in caso di riscatto per decesso a cura degli aventi diritto/beneficiari.*

IO SOTTOSCRITTA/O

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	
Sesso (M maschio o F femmina):	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia:	()
Indirizzo di residenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune di residenza:	
Provincia:	()
Indirizzo posta elettronica ordinaria:	
Indirizzo posta elettronica certificata (eventuale):	
RECAPITO PER INVIO CORRISPONDENZA (da indicare solo se diverso da quello di residenza)	
Indirizzo di corrispondenza:	
Numero civico:	
CAP:	
Comune:	
Provincia:	()

essendo stato informato:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

così come indicato nell'informativa predisposta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

ACCONSENTO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa di riferimento.

Letto, confermato e sottoscritto

Data:

Firma _____

*Liberatoria Cessione del Quinto
Da allegare alla richiesta.*

Al Fondo Pensione del Personale Docente Tecnico e Amministrativo
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e della Università degli Studi di Napoli Federico II

IO SOTTOSCRITTA/O

Cognome:	
Nome:	
Codice Fiscale:	

DICHIARO

di non avere in corso contratti di finanziamento con cessione di quote di stipendio/salario in cui è stato disposto mandato irrevocabile di pagamento, a favore dell'istituto di credito, del diritto di riscatto della posizione economica gestita dal Fondo

di aver contratto ed estinto il contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario e TFR con la Finanziaria

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

di avere in atto un contratto di finanziamento contro cessione di quote di stipendio/salario, in cui è stato disposto mandato irrevocabile di pagamento a favore dell'istituto di credito/società finanziaria

che

autorizza la prestazione richiesta

autorizza la prestazione richiesta per un importo massimo di € _____

(in lettere _____) manlevando il Fondo in
epigrafe da ogni responsabilità al riguardo

Timbro e firma della finanziaria

Firma dell'aderente

Data: