



**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE**

Inviare il modulo di domanda e la documentazione allegata all'indirizzo di posta elettronica  
[segreteria@cassamutuamipaaf.it](mailto:segreteria@cassamutuamipaaf.it)

Socio n° \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Dipendente di:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Min. Politiche Agricole Alimentari, Forestali e del Turismo | <input type="checkbox"/> Arma dei Carabinieri CIP _____ |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco  | <input type="checkbox"/> Min. Lavoro Politiche Sociali  |
| <input type="checkbox"/> Polizia di Stato  | <input type="checkbox"/> Min. Sviluppo Economico        |
| <input type="checkbox"/> Guardia di Finanza  | <input type="checkbox"/> Min. Economia Finanza          |
| <input type="checkbox"/> Agea  | <input type="checkbox"/> Min. Trasporti                 |
| <input type="checkbox"/> Min. Difesa – OTI   | <input type="checkbox"/> Min. Salute                    |
| <input type="checkbox"/> Min. Istruzione   | <input type="checkbox"/> Min. Grazia Giustizia          |
| <input type="checkbox"/> Min. Beni Culturali   | <input type="checkbox"/> Min. Università Ricerca        |
| <input type="checkbox"/> Crea  | <input type="checkbox"/> Altro _____                    |

Sede lavorativa (ufficio di appartenenza) \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 C.A.P. \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_  
 Telefono ufficio \_\_\_\_\_ e-mail ufficio \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

in virtù di quanto previsto dal vigente Statuto e di quanto deliberato dalle Assemblee Generali, che venga corrisposta la liquidazione per:

- DIMISSIONI DALLA CASSA MUTUA – (Allegare documenti 1,2,3,6)
- COLLOCAMENTO A RIPOSO PER LIMITI DI ETA' – (Allegare documenti 1,2,3,4)
- COLLOCAMENTO A RIPOSO PER INVALIDITA' PERMANENTE – (Allegare documenti 1,2,3,5)
- DIMISSIONI DALL'IMPIEGO (compreso pensionamento a domanda) – (Allegare documenti 1,2,3,4)

L'erogazione delle spettanze avverrà tramite Bonifico Bancario sul Conto Corrente:

Intestato a: \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Documentazione **obbligatoria** da allegare in base alla scelta:

1. Informativa della privacy – pag. 2
2. Copia di un documento di identità in corso di validità
3. Documentazione della banca con Coordinate IBAN e Intestatario del conto
4. Documento di posizionamento in quiescenza o decreto
5. Documento di posizionamento in quiescenza per infermità
6. Copia busta paga

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ex art. 12 e ss. GDPR 2016/679 e D. LGS N. 196/2003)

La scrivente CASSA MUTUA di Previdenza ed Assistenza fra il Personale del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari, Forestali e del Turismo, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore, con sede in Roma, c.f. 80094790582, quale Titolare del trattamento, comunica che, al fine dell'instaurazione e gestione del rapporto associativo nonché per adempiere ad obblighi legali, dovrà richiedere Suoi dati personali e/o sensibili che saranno oggetto di "trattamento" (ossia di raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione, salvo altro).

In particolare, pertanto, La informiamo e Le comunichiamo che:

1. i dati saranno trattati con il supporto di *mezzi cartacei, informatici o telematici* presso la sede legale dell'Ente sita in Roma nonché presso le diverse sedi operative della Cassa Mutua o di terzi a tal fine espressamente autorizzati, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia;
2. i dati saranno richiesti dalla Cassa Mutua e saranno da Lei conferiti, inizialmente e salvo altro, per l'iscrizione all'Ente in qualità di socio ordinario e, successivamente, per ogni prestazione e/o servizio prevista nello Statuto dell'Ente (ad es. concessione di prestiti, liquidazioni, polizze assicurative, sussidi statutari, contributi straordinari, salvo altro); base giuridica del trattamento, pertanto, è il suo consenso ovvero la necessità di eseguire il contratto associativo salvo altro;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto, in difetto, la Cassa Mutua si troverà nell'impossibilità di prestare i propri servizi o attività nei suoi confronti;
4. ferme restando le comunicazioni eseguite in virtù di obblighi di legge o contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2, al Ministero o Ente di appartenenza, alla compagnia di assicurazione per le comunicazioni d'obbligo, salvo altri. All'occorrenza i suoi dati potranno essere comunicati e trattati anche da altri soggetti esterni (ad esempio per esigenze di natura fiscale, legale o previdenziale). Inoltre potranno avere conoscenza dei Suoi dati i Responsabili del trattamento e gli Incaricati al trattamento nominati con apposito atto scritto i quali, in ogni caso, si sono impegnati a garantire la massima riservatezza e discrezione nonché a non divulgare, neanche dopo la cessazione dell'incarico, alcuna delle informazioni di cui sono venuti a conoscenza nell'adempimento dei compiti assegnati;
5. tutti i dati saranno pertanto trattati in modo lecito, corretto e trasparente; saranno adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati; saranno esatti e, se necessario, aggiornati; trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza; conservati per il periodo di tempo strettamente necessario alle finalità per le quali sono stati raccolti (dopo la cessazione del rapporto con l'Ente potranno ancora essere conservati per l'espletamento di tutti gli adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione del rapporto stesso);
6. inviando una mail all'indirizzo di posta [info@cassamutuamipaaf.it](mailto:info@cassamutuamipaaf.it) o un fax al numero **06/5840655** all'attenzione del Responsabile Consigliere Gabriele Pettorelli, potrà richiedere tutte le informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati, ricevere informazioni relative ai Suoi diritti nonché esercitarli concretamente;
7. in particolare, può esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente quali, a titolo esemplificativo, chiedere l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR), la rettifica (art. 16 GDPR) o la cancellazione degli stessi (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento che li riguardano (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR). All'occorrenza, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, potrà inoltre proporre reclamo a un'autorità di controllo (art. 77 e ss. GDPR). In caso di morte dell'interessato i suoi diritti potranno essere fatti valere dagli eredi;
8. potrà trovare ogni altra informazione e comunicazione in argomento, in particolare e per esteso quelle di cui agli art. 13 e 14 e di cui agli art. da 15 a 22 del GDPR 2016/679, sul sito internet della Cassa Mutua [www.cassamutuamipaaf.it](http://www.cassamutuamipaaf.it) nonché sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

Il sottoscritto, ricevute le informative di cui sopra, presta il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati:

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

La informiamo inoltre che nelle modalità e per le finalità su indicate, se ciò sarà necessario per adempiere ad un obbligo contrattuale nei suoi confronti o per adempiere ad un obbligo di legge, tratteremo anche Suoi dati che la legge definisce **DATI SENSIBILI** (in particolare, ed in relazione ad eventuali richieste di sussidi o contributi straordinari previsti dallo Statuto dell'Ente, Le potranno essere richiesti dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, salvo altro); pertanto in relazione al trattamento di tali dati richiediamo un Suo esplicito consenso al loro trattamento.

Il sottoscritto, ricevute le informative di cui sopra, presta il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati che la legge definisce sensibili.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_