

Bari,

Al Presidente dell'Ordine
Interprovinciale dei Farmacisti di Bari e Barletta-
Andria-Trani
Via G. Devitofrancesco, 4/C
70124 B A R I

OGGETTO: Domanda di sussidio per disoccupazione.

Il sottoscritto _____ nato a _____

Residente in Via _____ località _____

Tel./Cell _____ iscritto all'Albo dal _____ al n. _____

chiede

- di poter fruire, per l'anno 2015, del sussidio di solidarietà stabilito dal "*Regolamento per la concessione di sussidi in favore dei farmacisti in stato di disoccupazione*".

- che in caso di accoglimento, il sussidio venga liquidato mediante accredito su c/c intestato a _____ presso la Banca _____

CODICE IBAN _____

Allega dichiarazione attestante lo stato di disoccupazione rilasciata dal Centro Territoriale per l'impiego.

Cordiali saluti.

(firma)

All n. _____

allegato ALLA DOMANDA DI SUSSIDIO

➤ i familiari conviventi sono [per ciascun componente, allegare la più recente documentazione fiscale (UNICO, 730, CUD)]:

1) _____ **Non compilare**
 (nominativo) **requisito disapplicato per l'anno 2015**
 (codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

2) _____
 (nominativo) _____
 (codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

3) _____
 (nominativo) _____
 (codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

4) _____
 (nominativo) _____
 (codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

Dichiara, inoltre,

- che la documentazione allegata è conforme all'originale (art.19 D.P.R. 28 dic. 2000 n.445);
➤ di aver preso visione dell'informativa resa dall'Ordine ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. n.196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*".

TOTALE DOCUMENTI ALLEGATI N. _____, **compresa copia del documento di riconoscimento.**

(data)

(firma)

ATTENZIONE! Il mancato invio della documentazione comporterà il rigetto della domanda.

LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEVE ESSERE TRASMESSA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI *(a cura del dichiarante)*

Ai fini della liquidazione del sussidio, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa (art.13, D. Lgs. n.196/2003) ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili.

_____ (data)

_____ (firma)

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13, D. Lgs. n.196/2003

Codice in materia di protezione dei dati personali

La informiamo che i dati richiesti sono necessari per l'esame e la definizione della presente istanza, anche con sistemi automatizzati, e che la mancata comunicazione degli stessi può essere di pregiudizio alle attività anzidette.

Ove, necessario, i dati verranno comunicati all'Istituto di credito incaricato del servizio di tesoreria per conto dell'Ordine e, da questo, alla banca prescelta per la liquidazione delle spettanze.

I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni quando ciò sia previsto da leggi o regolamenti oppure, se necessario, per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Ordine o degli Enti riceventi.

Titolare del trattamento è l'Ordine Interprovinciale dei Farmacisti di Bari e Barletta-Andria-Trani, Via Devitofrancesco n. 4/C, 70124 BARI.

Si riporta integralmente il testo dell'articolo 7 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 relativo ai diritti dell'interessato.

7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale