



Modello Richiesta Duplicato C.U.

(Certificazione Unica)

(Ver. 1.0 2016)

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)

RICHIESTA C.U. INPS

Spazio riservato al CAF CENTRALE

RICHIESTA C.U. INAIL

Protocollo Richiesta _____

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)

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