

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, in qualita' di titolare/legale rappresentante del  
committente/associante \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale Azienda: \_\_\_\_\_

## DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ documento: \_\_\_\_\_

N°: \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

iscritto/a all'albo: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ della

provincia di: \_\_\_\_\_ .

Recapito: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Indirizzo Email: \_\_\_\_\_

Indirizzo Pec: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

iscritto all'Associazione: \_\_\_\_\_

alla gestione della posizione contributiva del committente/associante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**nell'ambito della gestione di cui all'art. 2 co. 26 della l. 335/1995, ivi compreso l'invio delle denunce mensili, nonché alla gestione di adempimenti nei confronti di soggetti terzi effettuata mediante le denunce medesime, con riferimento a tutti i collaboratori, anche futuri.**

1. Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire in ordine alla delega mediante l'apposita funzionalità presente nella procedura informatica di gestione delle deleghe. In caso contrario, la variazione non potrà avere effetto nei confronti dell'Inps prima che siano trascorsi 30 giorni dalla notifica della stessa.
2. Il delegante assume, nei confronti dell'Inps e dei terzi, ogni responsabilità derivante dall'invio di comunicazioni ed informazioni per suo conto da parte del delegato; in particolare il delegante assume ogni responsabilità legata:
  - a. alla veridicità delle informazioni comunicate;
  - b. alla rispondenza delle stesse rispetto alle registrazioni effettuate sul libro unico e su ogni altro atto ufficiale previsto dalla normativa vigente;
  - c. alla correttezza ed alla rispondenza alla normativa delle agevolazioni applicate.

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

**Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 deve essere allegata una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

**Informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

("L' INPS con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modello, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, nonché dalla legge e dai regolamenti in materia, e utilizzati nello svolgimento delle attività per cui lei rilascia la delega. La informa, inoltre, che è nelle sue facoltà esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del citato decreto legislativo, rivolgendosi direttamente al Direttore provinciale INPS territorialmente competente".)