

FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
SETTORE FINANZE

Via Luigi Ziliotto, 31 - 00143 Roma

CIRCOLARE n. 1/2007 - Prot. n. 2007/7552

Oggetto: Criteri di erogazione, per il periodo dal 1 marzo al 31 dicembre 2007 dell'indennità di cessazione dal servizio, delle anticipazioni e delle sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali.

INDICE

1. Indennità di cessazione dal servizio	pag. 2
2. Anticipazioni sull'indennità di cessazione dal servizio	pag. 3
3. Sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali	pag. 5
4. Tempi di liquidazione e di eventuale riesame delle pratiche	pag. 10
5. Trattamento dei dati sensibili – Informazioni	pag. 11
6. Nuova modulistica allegata	pag. 12

AVVERTENZE Questa circolare contiene le istruzioni per la richiesta e gli adempimenti relativi alle prestazioni del Fondo, nonché **i criteri definiti per il periodo dal 1 marzo al 31 dicembre 2007** dal Consiglio di Amministrazione, nell'adunanza del 7.3.2007.

Alle richieste si applicano i criteri vigenti alla presentazione della domanda, come segue:

- presentazione al proprio Ufficio per l'inoltro al Fondo: data di protocollo dell'Ufficio;
- spedizione per raccomandata: data del timbro; per posta ordinaria o presentazione diretta al Fondo: data di protocollo di ricezione.

1. INDENNITA' DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO

Tale indennità è corrisposta all'iscritto per il servizio prestato nell'Amministrazione Finanziaria, dalla data di effettiva immissione in servizio alla data di effettiva cessazione, ivi compresi i periodi di assenza valutabili ai fini della pensione (aspettative per mandati elettivi, per maternità, etc.), valutando per intero la frazione di anno superiore a sei mesi e trascurando il periodo inferiore.

Al personale dei Monopoli di Stato l'indennità è riconosciuta solo a decorrere dal 1° maggio 1994, (istituzione del Fondo di Previdenza dei Monopoli, confluito in questo Fondo successivamente).

La quota dell'indennità è determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione (come da regolamento), applicata per tutti gli anni di servizio ed identica per tutti gli iscritti.

Entro trenta giorni dalla data di cessazione dal servizio dell'iscritto, l'Amministrazione di appartenenza deve trasmettere alla Segreteria del Fondo lo stato matricolare aggiornato e la scheda dei servizi del dipendente (Modello A) nella quale dovranno essere indicati gli anni maturati alle dipendenze della Amministrazione Finanziaria (Agenzie fiscali, Monopoli di Stato, Dipartimento Politiche Fiscali, Secit, etc.) utili ai fini della liquidazione.

Per accelerare le operazioni di liquidazione, l'iscritto avrà cura di trasmettere (anche via fax al n.ro 065413684) copia del prospetto di liquidazione dell'INPDAP con l'aliquota fiscale applicata, nonché le coordinate bancarie o postali necessarie per l'accredito della somma. Nel caso queste ultime non vengano indicate, il Fondo effettuerà il pagamento a mezzo assegno bancario non trasferibile, intestato al beneficiario ed inviato al capo dell'ufficio dell'ultima sede di servizio dell'iscritto.

L'indennità sarà corrisposta totalmente, se la quota dell'anno di cessazione dal servizio sia stata già determinata dal Consiglio; diversamente, verrà corrisposto l'acconto dell'80% avendo come riferimento l'ultima quota fissata. Il saldo verrà erogato automaticamente, appena determinata la quota dell'anno di competenza e non oltre il termine di presentazione del bilancio consuntivo del Fondo (mese di aprile).

L'importo dell'indennità è liquidato detraendo l'eventuale anticipazione ottenuta, maggiorata annualmente degli interessi semplici (legali fino al 31.12.2002 e, successivamente, del 2,5%) dall'anno di erogazione dell'anticipazione all'effettiva cessazione dal servizio.

Gli iscritti che abbiano già percepito un'indennità dai soppressi fondi di previdenza di settore (presenti nel Ministero delle Finanze fino al 17.03.1981) possono chiedere, **a pena di**

decadenza ed entro la data di cessazione dal servizio, con domanda redatta secondo l'allegato Modello **B**, la valutazione complessiva del periodo prestato presso l'Amministrazione finanziaria. In tal caso dall'indennità sarà detratta quella già percepita, maggiorata degli stessi interessi previsti per le anticipazioni.

Nell'ipotesi di **dispensa dal servizio per motivi di salute senza diritto a pensione**, la misura dell'indennità è aumentata del 50%, sino ad un massimo di 40 annualità.

In caso di morte dell'iscritto in attività di servizio, il diritto all'indennità, quale regola speciale prevista dal regolamento, sorge al decesso e spetta, in parti uguali ed in ordine di precedenza a:

- a) **coniuge superstite** (quando non vi sia sentenza passata in giudicato di separazione personale addebitata al medesimo o ad entrambi i coniugi) **e/o figli** legittimi, legittimati, naturali riconosciuti, adottivi, **purché a carico dell'iscritto al momento del decesso o permanentemente inabili al lavoro**;
- b) **figli** legittimi, legittimati, naturali riconosciuti, adottivi non a carico;
- c) **genitori**;
- d) **fratelli e sorelle**, permanentemente inabili al lavoro o minorenni, purché non coniugati;
- e) **persone o enti designati** dall'iscritto con disposizione di ultima volontà;
- f) **fratelli e sorelle** maggiorenni.

Nel solo caso di coniuge superstite e/o figli, l'indennità verrà corrisposta convenzionalmente per 40 anni di servizio o per la maggiore anzianità conseguita.

I beneficiari devono produrre documentazione o autocertificazione resa a norma del DPR 445/2000, dalla quale risulti il possesso dei requisiti previsti nei criteri di precedenza di cui sopra.

2. ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO

L'anticipazione sull'indennità di cessazione dal servizio viene corrisposta, a richiesta, agli iscritti con **almeno cinque anni** di anzianità effettiva e può essere ottenuta una sola volta nel corso del rapporto di lavoro. La quota è confermata, **per l'anno 2007, in € 550,00 per ogni anno di servizio prestato nell'Amministrazione finanziaria (valutando per intero la frazione di anno superiore a sei mesi)**. Per i Monopoli di Stato viene corrisposta computando il servizio **dal 1° maggio 1994**.

Gli iscritti che sono stati assunti prima del 17 maggio 1981, devono produrre una dichiarazione sostitutiva (Modello C), in cui attestino di aver o meno percepito un'indennità di fine

rapporto dai pregressi Fondi o di aver prestato servizio quale impiegato delle imposte di consumo, del lotto ovvero come copista ipotecario.

Le anticipazioni vengono concesse fino ad esaurimento dell'apposito capitolo, seguendo il criterio cronologico delle domande e sono richieste nei casi di documentato e grave bisogno finanziario.

L'importo dell'anticipazione maggiorato degli interessi semplici (come previsto) sarà detratto, secondo regolamento, dall'indennità dovuta alla cessazione dal servizio.

L'importo degli interessi dovuti non potrà mai superare l'importo dell'anticipazione.

Per richiedere l'anticipazione, l'iscritto presenterà la domanda sull'apposito modello **D** unitamente all'attestato di servizio rilasciato dall'Ufficio di appartenenza secondo il previsto modello **E**. L'istanza deve essere corredata dalla certificazione probatoria non anteriore ai due anni dalla data di presentazione dell'istanza.

In via meramente esemplificativa, si fornisce l'indicazione dei documenti da produrre in relazione alle ipotesi previste:

- cure mediche e spese sanitarie per terapie ed interventi necessari per l'iscritto o per i familiari fiscalmente a carico;
 - documentazione medica rilasciata da struttura sanitaria specialistica che ne certifichi la necessità;
- acquisto, costruzione o riscatto della prima casa di abitazione, anche in forma cooperativa, dell'iscritto o dei figli;
 - copia, a seconda del caso, dell'atto di acquisto, di riscatto o del compromesso registrato;
 - copia dei documenti di spesa e copia della concessione edilizia (per la costruzione);
 - documentazione che trattasi della prima casa di abitazione .
- lavori di manutenzione e/o ristrutturazione dell'abitazione di proprietà dell'iscritto o del coniuge fiscalmente a carico o in locazione, purché per contratto tali spese siano a carico del locatario;
 - copia, a seconda del caso, dell'atto di acquisto, di riscatto, di locazione nonché copia della concessione edilizia se necessaria ;
 - documenti o preventivi di spesa in copia.
- spese per il matrimonio dell'iscritto o dei figli;
 - certificato di matrimonio o di avvenute pubblicazioni;
 - documenti o preventivi di spesa inerenti la cerimonia; nel caso di matrimonio dei figli, l'estratto di nascita dei figli ovvero autocertificazione da cui risulti che trattasi di figlio dell'iscritto.

- spese inerenti il pagamento o l'estinzione di mutui o finanziamenti dell'iscritto o del coniuge fiscalmente a carico (tale circostanza va documentata con dichiarazione sostitutiva di atto notorio);
 - copia del contratto di mutuo o finanziamento.
- particolari e documentate necessità finanziarie;
 - documentazione dell'onere primario per il quale viene chiesta l'anticipazione.

Per una più celere liquidazione (accredito diretto), è utile riportare nell'istanza gli estremi delle coordinate bancarie o postali.

3. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI ED ALTRE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

CRITERI PER L'EROGAZIONE DELLE SOVVENZIONI

Il Fondo di previdenza corrisponde al personale dell'Amministrazione Finanziaria (Agenzie fiscali, D.P.F., Monopoli di Stato, etc.):

- Sovvenzioni per malattie;
- Contributi per spese sanitarie;
- Sovvenzioni per l'acquisto di ausili per handicap permanente;
- Sovvenzioni per invalidità dei familiari;
- Sovvenzioni per decesso.

L'iscritto potrà richiedere l'erogazione delle suddette sovvenzioni anche per i familiari fiscalmente a carico. Dal punto di vista fiscale, si considerano a carico purché abbiano conseguito un reddito annuo complessivo non superiore a 2.840,51 euro lorde il coniuge, non legalmente ed effettivamente separato e i figli, compresi quelli naturali riconosciuti, gli adottivi, gli affidati e affiliati, per i quali non è richiesto il requisito della convivenza, necessario invece per i genitori (anche adottivi), gli ascendenti prossimi (anche naturali), il coniuge separato, i generi e nuore, i suoceri, i fratelli e sorelle, i discendenti dei figli.

Nel caso di coniugi, entrambi iscritti al Fondo, le richieste di erogazione di sovvenzioni per prestazioni riguardanti i figli o altri familiari devono essere presentate da uno solo di essi.

Per poter accedere alle prestazioni occorre che l'iscritto produca istanza secondo i modelli allegati, corredata di tutta la documentazione necessaria (fatture, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, certificazioni sanitarie – tutto in originale - autocertificazioni - ove consentito- e fotocopia del documento d'identità del dichiarante, etc.).

La modulistica deve essere regolarmente compilata in tutti i campi (indirizzi abitazione ed ufficio, coordinate bancarie, firma, etc.). Nel caso di intervenuta chiusura del conto corrente deve

essere data comunicazione immediata al Fondo delle nuove coordinate.

I documenti di spesa devono essere integri e trasmessi esclusivamente in originale (non sono ammesse fotocopie, anche se autenticate), ad eccezione dei seguenti casi:

- rimborso di spese richieste alla ASL; in tal caso l'iscritto potrà presentare fotocopie delle fatture autenticate dalla ASL che dovrà indicare l'ammontare delle somme rimborsate (la sovvenzione sarà erogata sulla differenza) e specificare che gli originali non saranno restituiti;
- smarrimento della documentazione originale inviata al Fondo tramite l'Ufficio di appartenenza o per raccomandata: l'iscritto dovrà produrre copia della denuncia di smarrimento alle autorità competenti e copia conforme delle fatture smarrite, rilasciata dal soggetto che ha emesso il documento.

Il Fondo di Previdenza procede alla verifica della documentazione di spesa e delle autocertificazioni, rese ai sensi del dpr 445/2000, allegate alle istanze di sovvenzione.

La documentazione allegata alle pratiche, trattenuta dal Fondo per 10 anni (successivamente oggetto di scarto degli atti d'archivio), non viene restituita, salvo richiesta da parte di uffici pubblici e assicurativi. Dietro motivata richiesta, e con specifica valutazione del CdA, potrà essere restituita all'iscritto la documentazione prodotta con l'annotazione delle sovvenzioni ricevute e con addebito delle spese relative.

Si ricorda che:

- non sono sovvenzionate spese sostenute anteriormente al biennio dalla data di presentazione dell'istanza. L'iscritto cessato dal servizio (o i suoi eredi –Modello M-), può produrre istanza di sovvenzione per spese sostenute prima del collocamento in pensione, purché non anteriori al biennio dalla richiesta;
- non sono rimborsati documenti di spesa di importo inferiore a € 50,00 fatta eccezione per le fatture emesse dalla stessa struttura, nello stesso giorno e per la stessa persona, che complessivamente superino tale importo;
- la sovvenzione sarà erogata solo se di importo superiore a € 100,00; pertanto a titolo esemplificativo, considerata la diversa contribuzione, l'importo totale delle fatture allegate dovrà essere almeno di € 167,00 per malattie in tab.A; di € 223,00 per malattie in tab.B e di € 286,00 per malattie in tab.C. Se la richiesta di sovvenzione non raggiunge il minimo erogabile, l'iscritto, al momento della presentazione di una successiva istanza di sovvenzione, potrà cumulare le nuove spese con le precedenti che saranno liquidate con i criteri vigenti al tempo

della presentazione delle fatture;

- qualora per la medesima prestazione siano stati rilasciati scontrino fiscale e fattura, l'iscritto dovrà inviare entrambi i documenti;
- le spese sostenute all'estero saranno rimborsate applicando il valore di cambio corrisposto. A tal fine all'istanza dovrà essere allegata la relativa documentazione e, per Paesi extra CEE non di lingua inglese, la traduzione della fattura estera presentata.

Si ricorda, inoltre, che l'importo massimo complessivo delle sovvenzioni erogabili per iscritto nel quinquennio 2006–2010 non potrà superare € 5.000,00. Per la gravità delle malattie il limite complessivo è elevato rispettivamente a € 20.000,00 (tab. A) e a € 10.000,00 (tab. B). Non concorrono, per il calcolo dell'importo massimo, le sovvenzioni per handicap, invalidità e decesso.

Gli iscritti che durante il quinquennio precedente abbiano ottenuto una sovvenzione parziale, avendo già raggiunto il massimo erogabile, possono in occasione di nuova istanza con nuove spese fare riferimento a quelle non considerate, salva la validità biennale della documentazione.

SOVVENZIONI PER MALATTIE

Modello allegato F

Per tutte le malattie dell'iscritto o dei familiari a carico, classificate in apposite tabelle a seconda della gravità della patologia, il Fondo eroga una sovvenzione determinata applicando, alle spese documentate e sostenute, le seguenti percentuali:

- tabella A: contributo del 60% delle spese sanitarie, più una tantum di € 2.000,00. Per l'erogazione dell'una tantum, la malattia (ad esclusione delle patologie congenite), deve essere accertata in data non anteriore al biennio;
- tabella B: contributo del 45%;
- tabella C: contributo del 35% delle spese sanitarie.

Le tabelle delle malattie, aggiornate da un medico incaricato, sono pubblicate sul sito informatico del Fondo (www.fondoprevidenzafinanze.it) e sul sito intranet dell'Amministrazione.

Non sono rimborsate le spese per cure termali.

Per patologie particolarmente gravi, il Consiglio di Amministrazione potrà disporre l'erogazione di sovvenzioni anche per farmaci, attinenti ad un unico ciclo terapeutico, che abbiano comportato una spesa complessiva non inferiore a 250,00 €. La spesa deve essere documentata con scontrini e fotocopia della ricetta, con certificazione sanitaria (ai fini dell'attinenza) e con un prospetto riepilogativo con l'indicazione dei farmaci, la data di acquisto e l'importo (Modello Z).

Per le malattie classificate nella tabella A, sono ammesse alla sovvenzione le spese per trasporto e soggiorno del malato, nonché le spese di trasporto e soggiorno dell'eventuale accompagnatore, anche se di importo unitario inferiore a € 50,00. Nel caso di minore, tali spese sono sovvenzionabili anche per le malattie di cui alle tabelle B e C.

Le spese di soggiorno sono costituite dalle spese alberghiere o similari e da due pasti giornalieri con l'indicazione del soggetto che ha fruito della prestazione. In assenza di documentazione i pasti vengono rimborsati complessivamente nella misura di € 20,00 al giorno per persona. Per le condizioni di ammissibilità al rimborso delle spese di viaggio e soggiorno si fa riferimento, per quanto possibile, alla normativa sul trattamento economico di missione.

L'iscritto che intenda ottenere il rimborso delle spese di viaggio dovrà allegare ai documenti giustificativi un riepilogo delle spese (Modello **Z**) con l'indicazione della data, la tipologia (viaggio, soggiorno, pasti, etc.) e il relativo importo.

CONTRIBUTI PER ALTRE SPESE SANITARIE (PROTESI, OCCHIALI, ECC.)

Modello allegato G

Il Fondo eroga una sovvenzione nella misura del 35% per tutte le spese sanitarie per le quali la normativa fiscale prevede la detrazione d'imposta (ad eccezione delle spese per farmaci e delle spese relative a cure termali), sostenute dall'iscritto o dai familiari a carico.

Le spese sanitarie e le prestazioni sanitarie rese da esercenti arti ausiliarie della professione medica devono essere comprovate da prescrizione medica.

Alla richiesta per acquisto di occhiali dovrà essere allegata la fattura (completa di scontrino fiscale se emesso) dalla quale risulti che si tratti di acquisto di lenti correttive. Diversamente dovrà essere allegata la prescrizione dell'ottico che ne confermi tale caratteristica.

SOVVENZIONI PER HANDICAP

Modello allegato H

Il Fondo eroga sovvenzioni, fino a € 3.000,00 nel quinquennio, per l'acquisto di ausili per handicap permanente dell'iscritto o dei familiari a carico.

La sovvenzione viene erogata per spese, sostenute a causa dell'handicap, ammesse in deduzione dal reddito o in detrazione dall'imposta secondo la normativa fiscale (ad es. mezzi di locomozione, protesi speciali, computer per non vedenti, p.c. e ausili informatici).

Per l'acquisto di auto o motoveicolo il criterio di riferimento è quello previsto dalla normativa fiscale (un solo veicolo nel corso di quattro anni, ricorrenza dei presupposti per l'IVA agevolata ecc.).

Tale normativa prevede che il trattamento fiscale agevolato debba essere applicato ai non vedenti, sordomuti, portatori di handicap psichico o mentale - di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - nonché ai disabili con grave limitazione della capacità di deambulazione riconosciuti affetti da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. 104/1992. Il trattamento fiscale agevolato si applica anche ai disabili con impedito o ridotte capacità motorie, per i quali il veicolo è adattato nei comandi di guida o nella carrozzeria ovvero dotato di cambio automatico prescritto dalla commissione ASL.

All'istanza documentata, l'iscritto dovrà allegare, una certificazione - anche in copia - attestante il tipo di handicap o invalidità, la certificazione sanitaria della struttura pubblica che attesti l'utilità dell'ausilio speciale in relazione all'handicap nonché, in caso di acquisto auto, la documentazione attestante che il veicolo sarà utilizzato, in via esclusiva e prevalente, dal portatore di handicap.

SOVVENZIONE PER INVALIDITÀ DEI FAMILIARI

Modello allegato I

Il Fondo eroga una sovvenzione annua di € 1.500,00 per i familiari dell'iscritto, fiscalmente a carico, affetti da minorazioni comportanti un grado di invalidità compreso tra il 74% ed il 100% (e/o titolari di pensione di invalidità).

Nei casi in cui non è prevista l'indicazione della percentuale di invalidità (per esempio minori), la sovvenzione potrà essere erogata in presenza di certificazione rilasciata da apposita Commissione sanitaria.

La sovvenzione decorre dal mese successivo alla presentazione dell'istanza di invalidità alla competente commissione (art. 12 legge 118/1971).

L'iscritto dovrà presentare una istanza per ciascun anno alla quale dovrà allegare, oltre i documenti di rito, la certificazione attestante il grado di invalidità.

SOVVENZIONE PER DECESSI

Modello allegato L

Nei casi di decesso dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico il Fondo eroga una sovvenzione di € 2.000,00.

La sovvenzione spetta anche agli eredi per il decesso del pensionato, purché iscritto al Fondo al momento della cessazione dal servizio.

La richiesta deve essere presentata dall'iscritto o da uno degli eredi, utilizzando il modello allegato L, entro 2 anni dall'evento.

4. TEMPI DI LIQUIDAZIONE E DI EVENTUALE RIESAME DELLE PRATICHE

I tempi di liquidazione delle pratiche sono quelli previsti dal regolamento di attuazione della legge n. 241/1990 pubblicato nel supplemento straordinario al Bollettino Ufficiale del Ministero delle Finanze n. 1/1997.

L'indennità di cessazione dal servizio viene liquidata entro centoventi giorni dall'acquisizione degli elementi necessari. Nei casi di dimissioni volontarie dal servizio l'erogazione avverrà decorsi sei mesi dalla data di cessazione e comunque non oltre i successivi tre mesi (Art.3 comma 2 L. 140/1997).

Completata l'istruttoria delle anticipazioni, sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali (durata massima 90 giorni), la pratica verrà deliberata nella prima seduta mensile utile del Consiglio di Amministrazione.

Avverso i provvedimenti del Consiglio di Amministrazione è ammessa istanza di riesame allo stesso Consiglio. Fatta salva l'impugnabilità in via giurisdizionale, l'istanza, debitamente documentata e motivata, deve essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione. La decisione assunta in sede di riesame è definitiva per il Fondo.

5. TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E INFORMAZIONI

Tutti i dati sensibili vengono trattati dal Fondo in conformità al d.lgs 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Titolare del trattamento dei dati personali è il Consiglio di Amministrazione e responsabile è il funzionario-Segretario del Fondo, elettivamente domiciliati presso la sede di via Luigi Ziliotto, n. 31 - 00143 Roma, come da informativa allegata (all. 1).

Per la presentazione diretta di istanze e documenti, gli Uffici del Fondo sono aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00. Negli stessi orari sono fornite informazioni all'interessato o ad un suo delegato.

Per informazioni telefoniche gli iscritti possono rivolgersi al numero **065914429**, tutti i giorni lavorativi dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il giovedì anche dalle ore 14,30 alle ore 17,00. Le informazioni rilasciate telefonicamente sono rese all'interessato previo accertamento dei dati anagrafici e riguardano solo lo stato della procedura di lavorazione (data inizio, responsabile del procedimento, termine finale di adozione).

Le informazioni possono essere richieste, anche sul sito Internet del Fondo (www.fondoprevidenzafinanze.it), o altresì via fax, al numero **065413684**.

Nelle richieste via fax, cui la segreteria del Fondo darà seguito compatibilmente con i tempi necessari, occorre indicare cognome e nome dell'iscritto, oggetto della richiesta (anche numero di pratica, protocollo, etc.) e recapito telefonico per la risposta. Per fax non possono essere inviati documenti che devono essere allegati all'istanza in originale (ad es. istanze di sovvenzione, fatture, scontrini,).

Si allegano alla presente circolare i modelli per le richieste al Fondo, comprensivi di autocertificazione, che devono essere compilati seguendone attentamente le indicazioni.

La presente circolare - pubblicata sul sito www.fondoprevidenzafinanze.it - viene trasmessa alle Amministrazioni interessate per la pubblicazione sui siti intranet.

IL PRESIDENTE

Firmato

dr. Aldo Bovi

SCHEMA DEI SERVIZI

MODELLO A

Protocollo n.

AL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILIOFFO 31 - 00143 ROMA

COGNOME E NOME _____
QUALIFICA _____ LIVELLO _____
CODICE FISCALE _____
DATA E LUOGO DI NASCITA _____
RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____
VIA _____
RECAPITO TELEFONO _____
RUOLO DI APPARTENENZA _____
TIPO CONTRATTO DI LAVORO _____
UFFICIO DI APPARTENENZA _____
INDIRIZZO UFFICIO _____
DATA DI CESSAZIONE _____ MOTIVO _____
EVENTUALI SUPERSTITI _____

DATA DEL SERVIZIO PRESTATO ALLE DIPENDENZE DELL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA (DPF, AGENZIE FISCALI, SECIT E AI MONOPOLI DALLA DATA DI ISCRIZIONE AL FONDO)
NON DI RUOLO (ALLEGANDO DECRETI DI RISCATTO O CERTIFICATI DI SERVIZIO)
DAL _____ AL _____ AA _____ MM _____ GG _____
DI RUOLO:
DECORRENZA GIURIDICA DAL AA _____ MM _____ GG _____
DECORRENZA ECONOMICA (DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI):
DAL AA _____ MM _____ GG _____ AL AA _____ MM _____ GG _____
SERVIZI PRESTATI PRIMA DEL 17/5/81 IN PIU' RUOLI DEL MINISTERO DELLE FINANZE (II.DD.-CATASTO TASSE-CENTRALI-DOGANE-UTIF)
DAL _____ AL _____ RUOLO _____
SERVIZIO PRESTATO PART-TIME %DAL _____ AL _____ AA _____ MM _____ GG _____
ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA E ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI FINI PENSIONISTICI PER COMPLESSIVI ANNI _____ MESI _____ GIORNI _____
IN CASO DI DISPENSA PER MOTIVI DI SALUTE SPECIFICARE SE E' STATO MATURATO IL DIRITTO ALLA PENSIONE : _____
EVENTUALI DEBITI VERSO LO STATO (1): _____

(1) QUESTI POTRANNO ESSERE RECUPERATI SULLE SOMME DA EROGARE DAL FONDO SOLO IN FORZA DI PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI NOTIFICATI AL FONDO STESSO (SEQUESTRO CONSERVATIVO, PIGNORAMENTO, ...) O DI ESPRESSA AUTORIZZAZIONE DELL'ISCRITTO.

LUOGO E DATA,

TIMBRO DELL'UFFICIO E FIRMA DEL FUNZIONARIO
CON RECAPITO TELEFONICO

MODELLO B

MODELLO ISTANZA ART. 6 DPR 1034/1984

COMPUTO PERIODI DI SERVIZIO GIA' LIQUIDATI DAI PREGRESSI FONDI

(DA PRODURSI A PENA DI DECADENZA PRIMA DELLA DATA DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO O DIRETTAMENTE AL FONDO O ALL'UFFICIO DI APPARTENENZA)

AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
DI AMMINISTRAZIONE DEL FONDO DI PREVIDENZA
PER IL PERSONALE DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

OGGETTO: ISTANZA EX ART. 6 DPR 1034/1984 – ISCRITTO: _____.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO A
_____ IL _____ RESIDENTE A _____
VIA _____,

PREMESSO

DI ESSERE STATO LIQUIDATO DAL SEGUENTE FONDO ORA ABOLITO:

- fondo di previdenza a favore del personale provinciale dell'Amministrazione del **catasto** e dei servizi tecnici erariali, istituito con regio decreto-legge 17 novembre 1938, n. 1826, convertito nella legge 5 gennaio 1939, n. 12;
- fondo di previdenza a favore del personale periferico delle **tasce ed imposte indirette sugli affari**, istituito con decreto ministeriale dell'11 febbraio 1952 e riconosciuto con l'art. 8 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza a favore del personale periferico dell'amministrazione delle **imposte dirette**, istituito con l'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza per il personale del **Ministero delle finanze e delle intendenze di finanza**, istituito con l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza per il personale delle **dogane**, istituito con legge 12 luglio 1912, n. 812;
- fondo di previdenza a favore del personale **delle imposte di fabbricazione e dei laboratori chimici delle dogane ed imposte indirette (UTIF)**, istituito con regio decreto-legge 5 settembre 1938, n. 1561, convertito nella legge 19 gennaio 1939, n. 260.

PER IL PERIODO PRESTATO DAL _____ AL _____

CHIEDE

SE PIU' FAVOREVOLE, AI SENSI DELL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO DEL FONDO APPROVATO CON D.P.R. 1034/1984 LA VALUTAZIONE PER INTERO DEL SERVIZIO RESO ALLE DIPENDENZE DELL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA.

DATA E LUOGO

FIRMA

(da compilare solo dagli iscritti assunti in servizio prima del 17.05.1981)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI FINI DELLA RICHIESTA DI
ANTICIPAZIONE DELL'INDENNITA' DI CESSAZIONE.**

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

in servizio presso _____

a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali nei casi di
dichiarazioni mendaci,

dichiara ai sensi del DPR 445/2000

1) di avere - di non avere - prestato servizio in qualità di:

a) impiegato delle abolite II.CC. dal _____ al _____

b) impiegato del lotto (ricevitore/aiuto ricevitore) dal _____ al _____

c) copista ipotecario dal _____ al _____

2) di avere - di non avere - percepito l'indennità di fine rapporto dai preesistenti Fondi
di Previdenza del Ministero delle Finanze.

Luogo e data

Firma

**Se la domanda viene presentata direttamente al Fondo, la firma viene autenticata
in presenza di un dipendente addetto del Fondo, ai sensi dell'art. 38 del dpr 445/2000. In
caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente
dichiarazione una fotocopia del documento d'identità di chi firma la dichiarazione.**

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

Modello D

AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

◆ **RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' DI CESSAZIONE**

IO SOTTOSCRITT																														
cognome																														
nome																														
nato il			/			/																								
a																													prov.	
cod. fiscale																														
residente in																														
comune																														
provincia				cap																										
recapito tel.																														

DATI BANCA PER L'ACCREDITO																														
banca																														
di																														ag. n.
via																														
IBAN																														
CIN																														
ABI																														
CAB																														
C/C																														

DATI UFFICIO																														
denominazione																														
indirizzo																														
comune																														
provincia				cap																										
telefono																														fax

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

**CHIEDO L'ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' DI CESSAZIONE
PER IL SEGUENTE MOTIVO _____**

E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI

- attestato di servizio compilato su apposito modulo dall'Ufficio di appartenenza (mod. E);
- dichiarazione sostitutiva resa a norma del DPR 445/2000 **per il personale assunto prima del 17 maggio 1981** (mod. C);
- documentazione comprovante l'effettiva necessità dell'anticipazione;
- _____

Data _____

firma _____

ATTESTATO

COGNOME E NOME _____

QUALIFICA _____

CODICE FISCALE _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RUOLO DI APPARTENENZA _____

UFFICIO DI APPARTENENZA _____

PRECEDENTI RUOLI DI APPARTENENZA _____

ATTUALE SERVIZIO NELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA:

(Non indicare il servizio prestato in altre amministrazioni dello Stato e, per il personale delle abolite Imposte di Consumo (ex II.CC.), del Lotto e Lotterie e dei Monopoli di Stato dovrà espressamente essere indicata la data di effettiva iscrizione al Fondo che, in ogni caso, non potrà essere antecedente rispettivamente all' 1/01/1973, al 2/9/1967 ed all' 1/5/1994).

NON DI RUOLO DAL _____ AL _____

DI RUOLO DAL _____ AL _____

DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI (DECORRENZA ECONOMICA)

PART TIME _____ % DAL _____ AL _____; _____ % DAL _____ AL _____

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA ED ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI

FINI PENSIONISTICI, PER COMPLESSIVI ANNI _____, MESI _____, GIORNI _____

DEBITI VERSO LO STATO DA RECUPERARE _____

IL DIRETTORE

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

Modello F

**AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA**

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA

IO SOTTOSCRITT _____																													
cognome																													
nome																													
nat__il			/		/																								
a																													prov.
codice fiscale																													
residente in																													
comune																													
provincia				cap																									

DATI BANCA PER L'ACCREDITO																													
banca																													
																													ag. n.
di																													
via																													
IBAN																													
CIN																													
ABI																													
CAB																													
C/C																													

DATI UFFICIO																													
denominazione																													
indirizzo																													
comune																													
provincia				cap																									
telefono																													fax

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per me stesso
- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

Modello G

AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER SPESE SANITARIE

IO SOTTOSCRITT																												
cognome																												
nome																												
nat__il			/		/																							
a																												prov.
codice fiscale																												
residente in																												
comune																												
provincia				cap																								

DATI BANCA PER L'ACCREDITO																												
banca																												
di																												ag. n.
via																												
IBAN																												
CIN																												
ABI																												
CAB																												
C/C																												

DATI UFFICIO																												
denominazione																												
indirizzo																												
comune																												
provincia				cap																								
telefono																												fax

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per me stesso
- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

Modello I

AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

- ◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER INVALIDITA' ANNO 20**
(Presentare singole istanze per ogni annualità complete di tutti i documenti necessari)

IO SOTTOSCRITT _____																													
cognome																													
nome																													
nat__il			/		/																								
a																													prov.
cod. fiscale																													
residente in																													
comune																													
provincia																													
			cap																										

DATI BANCA PER L'ACCREDITO																													
banca																													ag. n.
di																													
via																													
IBAN																													
CIN																													
ABI																													
CAB																													
C/C																													

DATI UFFICIO																													
denominazione																													
indirizzo																													
comune																													
provincia																													
			cap																										
telefono																													
																													fax

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

Modello L

AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER DECESSO

IO SOTTOSCRITT _____																													
cognome																													
nome																													
nat__il			/			/																							
a																													prov.
cod. fiscale																													
residente in																													
comune																													
provincia				cap																									
telefono																													

DATI BANCA PER L'ACCREDITO																													
banca																													ag. n.
di																													
via																													
IBAN																													
CIN																													
ABI																													
CAB																													
C/C																													

DATI UFFICIO DELL'ISCRITTO																													
denominazione																													
indirizzo																													
comune																													
provincia				cap																									
telefono																													fax

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e ai sensi del d.p.r.1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

CHIEDO LA SOVVENZIONE PER DECESSO DEL/DELL'

- coniuge e figli a carico familiare convivente e a carico iscritto o pensionato

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNTI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2005) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

che in data / / È DECEDUTO IL/LA SIG.

cognome																				
nome																				
nat__ il			/			/														
a																				prov.
cod. fiscale																				
residente in																				
comune																				
provincia			cap																	

che (indicare il grado di parentela se si tratta di decesso del coniuge o dei figli) il/la al momento del decesso era fiscalmente a carico del sottoscritto;

che (indicare il grado di parentela se si tratta di decesso del familiare) il/la al momento del decesso era fiscalmente a carico e convivente con il sottoscritto;

che (per il decesso dell'iscritto o del pensionato) l'ultimo ufficio di appartenenza all'Amministrazione finanziaria è stato e che la data di pensionamento è stata / / ;

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

Modello M

AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA E SPESE SANITARIE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO

IO SOTTOSCRITT _____																													
cognome																													
nome																													
nat__ il			/			/																							
a																													prov.
codice fiscale																													
residente in																													
comune																													
provincia				cap																									
telefono																													

EREDE DI

cognome																													
nome																													

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto sopra ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- SPESE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO
- SPESE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO PER I PROPRI FAMILIARI

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2005) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICICO (allegare fotocopia documento d'identità):

che in data / / È DECEDUTO/A IL/LA SIG.

cognome																				
nome																				
nat__il		/		/																
a																				prov.
codice fiscale																				
residente in																				
comune																				
provincia																				
cap																				

che l'ultimo ufficio di appartenenza nell'Amministrazione finanziaria è stato

e che la data di pensionamento è stata / / ;

che (se si tratta di sovvenzioni per il familiare a carico indicare i dati anagrafici e grado di parentela)

grado di parentela																				
cognome/nome																				
nat__il		/		/																
a																				prov.
codice fiscale																				
grado di parentela																				
cognome/nome																				
nat__il		/		/																
a																				prov.
codice fiscale																				
grado di parentela																				
cognome/nome																				
nat__il		/		/																
a																				prov.
codice fiscale																				

era/erano fiscalmente a carico dell'iscritto deceduto in quanto non superano i limiti di reddito previsti e (solo per i familiari diversi dal coniuge e figli) erano conviventi dell'iscritto;

MODELLO Z

ELENCO FATTURE INSERITE NELLA RICHIESTA DI SOVVENZIONE¹

DATA ²	PRESTAZIONE	IMPORTO

TOTALE IMPORTO FATTURE

¹ Verificare che l'importo liquidabile dal Fondo non sia inferiore al minimo erogabile di € 100,00.

² Verificare che la data della fattura non sia anteriore al biennio dalla data di presentazione della domanda.

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Iscritto/a,

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: erogazione delle prestazioni previste dal dpr 1034/1984.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatico.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter ottenere la prestazione richiesta e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione.

4. I dati saranno comunicati al tesoriere del Fondo di previdenza per effettuare il relativo pagamento.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati sanitari potranno essere trattati da un medico di fiducia del Fondo per valutare la misura del rimborso. Il trattamento riguarderà anche i dati contenuti nelle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio che saranno comunicati ad altre amministrazioni (comuni, asl, agenzie fiscali,...) per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000. Il trattamento riguarderà anche i dati contenuti nelle fatture sanitarie (ad esclusione della prestazioni sanitarie ivi indicate) e saranno comunicati agli Uffici fiscali a titolo di controllo a campione.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti diversi da quelli sopra indicati né saranno oggetto di diffusione.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio per poter ottenere la prestazione richiesta e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione.

5. Il titolare del trattamento è il Consiglio di Amministrazione del FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE.

6. Il responsabile del trattamento è il Segretario P.T. del Fondo di Previdenza per il personale del Ministero dell'economia e delle finanze – settore finanze (il nominativo è sul sito www.fondoprevidenzafinanze.it).

7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi

dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 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.