

**CASSA NAZIONALE ASSISTENZA PREVIDENZA**  
**ALLENATORI GUIDATORI TROTTO ALLENATORI FANTINI GALOPPO**  
20151 MILANO MI - Via Ippodromo 67

**DOMANDA PER IL SUSSIDIO AGLI ASSISTITI**

<b>COGNOME</b>	<input type="text"/>	<b>NOME</b>	<input type="text"/>
<b>CODICE FISCALE</b>	<input type="text"/>	<b>NATO IL</b>	<input type="text"/>
<b>A</b>	<input type="text"/>	<b>PROV.</b>	<input type="text"/>
<b>CITTADINANZA</b>	<input type="text"/>		
<b>RESIDENTE IN</b>	<input type="text"/>	<b>PROV.</b>	<input type="text"/>
<b>INDIRIZZO</b>	<input type="text"/>	<b>CAP</b>	<input type="text"/>
<b>TELEFONO</b>	<input type="text"/>	<b>CELLULARE</b>	<input type="text"/>
<b>E-MAIL</b>	<input type="text"/>		

**STATO CIVILE**

*Barrare la casella corrispondente*

- Celibe/Nubile
- Separato/a dal \_\_\_\_\_
- Vedovo/a dal \_\_\_\_\_
- Coniugato/a dal \_\_\_\_\_
- Divorziato/a dal \_\_\_\_\_

**DATI DEL CONIUGE**

<b>COGNOME</b>	<input type="text"/>	<b>NOME</b>	<input type="text"/>
<b>CODICE FISCALE</b>	<input type="text"/>	<b>NATO/A IL</b>	<input type="text"/>
<b>A</b>	<input type="text"/>	<b>PROV.</b>	<input type="text"/>

Il sussidio decorre dal primo giorno del mese successivo a quello dell'accettazione della domanda.

**DICHIARO**

di avere svolto l'attività lavorativa come: (Barrare la casella corrispondente)

- Allievo Guidatore o Fantino dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Allenatore di cavalli al Trotto o Galoppo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Allenatore-Guidatore Trotto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

(Barrare la casella corrispondente)

- di essere iscritto alla Cassa dal \_\_\_\_\_ e di aver pagato i relativi contributi per N. \_\_\_\_\_ anni.
- di aver presentato domanda di riscatto per periodi scoperti di contribuzione in data \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

## SUSSIDIO AGLI ASSISTITI

### Richiesta di pagamento del sussidio presso banca

Il/La sottoscritto/a

chiede che il pagamento delle competenze avvenga sul conto corrente bancario nominativo presso:

BANCA

AGENZIA

INDIRIZZO

CODICE ABI

CODICE CAB

CONTO CORRENTE

#### DA COMPILARE A CURA DELLA BANCA

CODICE IBAN

CODICE BIC

Data

\_\_\_\_\_

Timbro della Banca

Firma del funzionario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SUSSIDIO AGLI ASSISTITI

### Richiesta di pagamento del sussidio presso Poste Italiane

Chiedo il pagamento sul mio conto corrente postale nominativo presso:

Il/La sottoscritto/a

chiede che il pagamento delle competenze avvenga sul conto corrente bancario nominativo presso:

POSTA  N.

INDIRIZZO

CODICE ABI  CODICE CAB

CONTO CORRENTE

#### DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO POSTALE

CODICE IBAN

CODICE BIC

Data \_\_\_\_\_

Timbro dell'Ufficio Postale

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

## SUSSIDIO AGLI ASSISTITI

<b>Elenco documenti allegati</b>
----------------------------------

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- Originale del titolo sportivo rilasciato dall'Ente Tecnico di appartenenza
- Copia di un documento d'identità e codice fiscale
- Copia di un documento d'identità e codice fiscale del coniuge
- Certificazione dello stato civile
- Certificazione dello stato di famiglia
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
- Modulo di richiesta di pagamento del sussidio presso banca
- Modulo di richiesta di pagamento del sussidio presso Poste Italiane

Mi impegno a comunicare alla Cassa qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **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")

La Cassa con sede in Milano, Via Ippodromo 67, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti della Cassa opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto della Cassa e operano in qualità di Responsabili designati dalla Cassa.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di crediti o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di Previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

La Cassa la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al responsabile competente all'istruttoria della presente domanda.