



#### DICHIARAZIONE DEL DELEGATO

Io sottoscritto/a dichiaro di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare ogni qualsiasi variazione così come disposto dall'art. 34 della Legge 29/04/76 numero 177.

**“E' fatto obbligo al titolare della pensione o di assegno rinnovabile di comunicare all'IPOST il verificarsi di qualsiasi evento che comporti la cessazione del pagamento ovvero la riduzione o la sospensione degli assegni accessori. Analogo obbligo è fatto anche al rappresentante volontario per gli eventi di cui egli possa essere a conoscenza per motivi inerenti all'incarico a lui conferito.**

**Il delegato risponde dei danni eventualmente arrecati dall'omessa o tardiva comunicazione di cui al precedente comma”**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_

#### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.**

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** [ufficioprivacy@ipost.it](mailto:ufficioprivacy@ipost.it).

#### **AVVERTENZE**

Il presente modulo deve essere inviato al seguente indirizzo :

**ISTITUTO POSTELEGRAFONICI – Gestione Previdenziale  
Viale Trieste 234 - 61100 PESARO**