



PROTOCOLLO

**Richiesta rimborso contributi OTI/OTD - 1/2**  
anno / i \_\_\_\_\_ ALL'UFFICIO INPS DI 

Il sottoscritto

 COGNOME   NOME  CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA  A   PROV.  RESIDENTE IN   PROV. in qualità di  Titolare  Legale rappresentante DELL'AZIENDA AGRICOLA  ISCRITTA NEL COMUNE DI  CODICE FISCALE / CIDA  Chiede

il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ versata quale contribuzione relativa ai

trimestre / anno/i \_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_;

e risultante a credito per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Il sottoscritto chiede che il rimborso venga effettuato:

- a mezzo di assegno circolare non trasferibile
- a mezzo di bonifico bancario

Coordinate bancarie:

Codice IBAN \_\_\_\_\_  
composto da 27 caratteri

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## Richiesta rimborso contributi OTI/OTD - 2/2 anno / i \_\_\_\_\_

### ● Dichiarazione di responsabilità

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

titolare  legale rappresentante dell' Azienda \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale / partita IVA \_\_\_\_\_ codice contribuente \_\_\_\_\_

attesta sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di falsa dichiarazione:

- di aver regolarmente versato i contributi sino alla data odierna;
- di non aver mai effettuato compensazioni, né di effettuarne su eventuali prossime imposizioni contributive.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza e di accettare che il pagamento del proprio credito, verrà eseguito a titolo provvisorio sulla base dei dati forniti e con riserva da parte dell'I.N.P.S. di effettuare ulteriori controlli qualora si rendano necessari.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegati:** copia documento di identità

## 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 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 dell'Istituto 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 dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

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 credito 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.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell' agenzia stessa.