

Marca  
da bollo  
Euro 16,00

**Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**  
**Agenzia provinciale per l'assistenza**  
**e la previdenza integrativa**  
**Via Zambra 42 - Top Center**  
**38121 TRENTO**  
apapi@pec.provincia.tn.it

## DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA COPERTURA PREVIDENZIALE DEI PERIODI DI ASSISTENZA AI FIGLI

**(art. 1 della legge regionale n. 1/2005)**

(LUOGO, DATA)

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| (cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| nato/a a _____                                                                                     | (Provincia _____), il giorno ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| (Comune o Stato estero di nascita)                                                                 | (sigla) (data di nascita)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| residente nel Comune di _____ (Provincia _____)                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| (Comune di residenza) (CAP)                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| (sigla)                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| frazione _____, via _____, n. _____                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Codice fiscale                                                                                     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| cittadinanza _____ telefono ____/____ e-mail/PEC _____                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

### CHIEDE

la concessione del contributo per la copertura previdenziale dei periodi di assistenza ai figli, previsto dall'articolo 1 della legge regionale 18 febbraio 2005, n. 1

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)



**DICHIARA****A) RESIDENZA**

- ☐ di essere, alla data della domanda, **residente** in un comune della regione Trentino – Alto Adige, come risulta dai relativi registri anagrafici, **da almeno 5 anni ininterrottamente**;

oppure

- ☐ di essere alla data della domanda, residente in un comune della regione Trentino – Alto Adige, come risulta dai relativi registri anagrafici, da almeno 1 anno ininterrottamente e, negli anni precedenti, essere stato anagraficamente residente in un comune della regione Trentino – Alto Adige per almeno altri 14 anni anche non continuativi;

**B) I FIGLI ED EQUIPARATI**

- ☐ di aver prestato, durante l'anno 2025, assistenza ai seguenti propri figli o equiparati, conviventi e risultanti nello stato famiglia:

| COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | DATA INIZIO ADOZIONE/<br>AFFIDAMENTO | DATA FINE ADOZIONE/<br>AFFIDAMENTO |
|--------------|-----------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------------|
|              |                 |                |                                      |                                    |
|              |                 |                |                                      |                                    |
|              |                 |                |                                      |                                    |

*Nota Bene: fatti salvi gli altri requisiti e condizioni, il contributo spetta fino ai tre anni di vita del figlio o fino ai tre anni dall'adozione. Gli anni sono elevati a cinque per coloro che riprendono o intraprendono lo svolgimento di un'attività lavorativa con contratto di lavoro a tempo parziale. Nel caso di affidamento il contributo spetta per tutta la durata dell'affidamento.*

**C) PERIODI SVOLGIMENTO ASSISTENZA E SITUAZIONE LAVORATIVA E PREVIDENZIALE**

- ☐ di aver usufruito, per i figli indicati nella tabella di cui al punto B), dei congedi o dell'indennità di maternità per libere professioniste rispettivamente previsti, dai capi III, IV, V, XI e XII nei seguenti periodi:

- DAL AL
- DAL AL
- DAL AL

- ☐ che l'assistenza si è svolta nei periodi sotto indicati durante i quali si è astenuto totalmente/parzialmente dal lavoro

| Periodo<br>N. | DAL | AL | SITUAZIONE<br>ASSISTENZIALE (totale o parziale) |
|---------------|-----|----|-------------------------------------------------|
|               |     |    |                                                 |
|               |     |    |                                                 |
|               |     |    |                                                 |

- ☐ e che la propria situazione occupazionale/previdenziale è stata:

| Periodo<br>N. | DAL | AL | SITUAZIONE<br>OCCUPAZIONALE<br>-<br>PREVIDENZIALE<br>(1) | ENTE PREVIDENZIALE/<br>FONDO PENSIONE<br>(disciplinato dal decreto<br>legislativo 5 dicembre 2005,<br>n. 252) |
|---------------|-----|----|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |    |                                                          |                                                                                                               |
|               |     |    |                                                          |                                                                                                               |

(1) **Situazione occupazionale/previdenziale:**

- a) *Libero professionista che ha mantenuto l'iscrizione al proprio Ente previdenziale;*
- b) *Lavoratore autonomo agricolo che ha mantenuto l'iscrizione al proprio Ente previdenziale;*
- c) *Lavoratore autonomo artigiano che ha mantenuto l'iscrizione al proprio Ente previdenziale;*
- d) *Collaboratore autonomo artigiano*
- e) *Lavoratore autonomo commerciante che ha mantenuto l'iscrizione al proprio Ente previdenziale;*
- f) *Collaboratore autonomo commerciante;*
- g) *Lavoratore autonomo iscritto a gestione separata Inps;*
- h) *Soggetto che non ha svolto alcuna attività lavorativa nei periodi di cura dei figli, autorizzato ad effettuare versamenti volontari nelle gestioni lavoratori dipendenti, autonomi o separata INPS, o nelle casse previdenziali dei liberi professionisti;*
- i) *Lavoratore dipendente del settore privato che ha svolto attività lavorativa a tempo parziale nei periodi di cura dei figli con orario di lavoro non superiore al 70% di quello previsto per il tempo pieno;*
- l) *Soggetto iscritto ad un fondo pensione complementare e privo di copertura previdenziale derivante da lavoro autonomo o dipendente;*
- m) *Collaboratore/trice domestico/a iscritto/a a un fondo pensione complementare;*
- n) *Lavoratore/trice dipendente del settore privato con orario di lavoro superiore al 70% e fino a tempo pieno iscritto ad un fondo complementare convenzionato che fruisce di periodi coperti da contribuzione figurativa (congedi/indennità), esclusa quella derivante dalla perdita del lavoro.*

**solo per le lavoratrici/tori con contratto di lavoro a tempo parziale**

| Periodo N. | DATORE DI LAVORO<br>PARTITA IVA<br>(per datori di lavoro privati) | CATEGORIA C.C.N.L. | ORE<br>SETTIMANALI<br>PART-TIME | ORE<br>SETTIMANALI<br>TEMPO<br>PIENO |
|------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
|            |                                                                   |                    |                                 |                                      |
|            |                                                                   |                    |                                 |                                      |

**D) ASSENZA ATTIVITA' LAVORATIVA O IN ASPETTATIVA NON RETRIBUITA**

NB: Questa sezione deve essere compilata dalle persone che sono state prive di copertura previdenziale durante i periodi indicati al paragrafo C) in quanto NON lavorano ("casalinghe/i") o sono state in astensione dal lavoro per aspettativa non retribuita ai fini della maternità

Per i periodi per i quali richiede il contributo indicati alla lett. C), dichiara:

- ☐ di non aver svolto alcuna attività lavorativa e di non essere stato iscritto/a a nessuna forma previdenziale obbligatoria;
- ☐ in qualità di lavoratrice dipendente del settore privato, di non aver svolto alcuna attività lavorativa e di aver fruito dell'aspettativa non retribuita senza assegni e senza copertura previdenziale.

**E) VERSAMENTI PREVIDENZIALI**

di aver versato per la copertura previdenziale per l'anno 2025 le seguenti somme:

| Periodo Nr.              | Data scadenza versamento | data versamento | importo | Tipo versamento (2) | dal | al | Copertura previdenziale espressa in (3) | Nr. Settimane/ trimestri/ o intero anno |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|---------|---------------------|-----|----|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
|                          |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |
|                          |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |
|                          |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |
|                          |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |
|                          |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |
|                          |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |
| <b>TOTALE VERSAMENTI</b> |                          |                 |         |                     |     |    |                                         |                                         |

(2) **tipo versamento:**

- Volontario;
- Obbligatorio;

(3) **Coperture previdenziale espressa in:**

- Settimane;
- Trimestri;
- Intero anno.



e nel caso di lavoratori autonomi, dichiara che tali somme si riferiscono alla propria contribuzione IVS (Invalidità, Vecchiaia, Superstiti) al netto di maternità e di altri oneri:

- ☐ se lavoratori autonomi agricoli, per fasce di reddito (allegare frontespizio INPS);
- ☐ se lavoratore/trice commerciante/artigiano/a libero/a professionista di avere svolto un'unica attività o, pur in presenza di iscrizioni a più Casse/Istituti previdenziali, di avere svolto in concreto l'attività lavorativa all'interno della propria unica società di cui si è contemporaneamente socio/a attivo/a lavoratore /trice autonomo/a e amministratore/trice.

## F) SCELTA DEL SOSTEGNO ALLA FORMA PREVIDENZIALE

Dichiara che la forma previdenziale per la quale chiede il contributo è la:

- ☐ **PREVIDENZA VOLONTARIA/OBBLIGATORIA – (INPS ED ENTI PREVIDENZIALI)**

- ☐ **PREVIDENZA COMPLEMENTARE**

di essere iscritto al fondo \_\_\_\_\_ n. Covip \_\_\_\_\_ - forma pensionistica complementare disciplinata dal decreto legislativo n. 252/2005 e che

- ☐ ha effettuato versamenti contributivi pari complessivamente almeno ad euro cinquecento, esclusi il trattamento di fine rapporto (TFR) e il contributo a carico del datore di lavoro;

## G) TITOLARITA' DI PENSIONE DIRETTA

- ☐ di non essere titolare di pensione diretta <sup>(4)</sup>;

oppure

- ☐ di essere titolare di pensione diretta con decorrenza \_\_\_\_\_;

(4) per pensione diretta si intende un trattamento di natura pensionistica, comunque denominato, erogato in dipendenza di versamenti contributivi propri, anche figurativi, o di iscrizione previdenziale di qualsiasi natura, ivi esclusa quella complementare disciplinata dal decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e successive modifiche. Non rientrano fra le pensioni dirette le prestazioni derivanti da assicurazioni volontarie di tipo privatistico.

## H) SEZIONE COMUNICAZIONI E MODALITA' DI PAGAMENTO (da compilare solo se compilata la Sez. F)

Il sottoscritto prende inoltre atto che:

- X** il contributo non spetta in caso di contemporaneo svolgimento di attività lavorativa subordinata, ivi compresa quella prevista dall'articolo 18 della legge 31 gennaio 1994, n. 97 (Nuove disposizioni per le zone montane), autonoma o libero professionale;
- X** per la cura o l'assistenza prestata allo stesso soggetto e nel medesimo periodo può essere concesso un solo contributo anche qualora le domande siano presentate da soggetti diversi;
- X** il contributo non è cumulabile con gli interventi previsti dall'articolo 1 della Legge regionale 18 febbraio 2005, n. 1, dalla Legge regionale 26 novembre 2020 n. 4, dalla Legge regionale 25 luglio 1992 n.7 né con gli interventi previsti dagli articoli 4, 6 bis, 6 ter e, nel caso in cui il/la titolare dell'azienda agricola coincida con il/la beneficiario/a, con l'intervento previsto dall'art.14 della legge regionale 25 luglio 1992, n.7 ed è inoltre incompatibile con l'iscrizione all'assicurazione regionale volontaria per la pensione alle persone casalinghe di cui alla legge regionale 28 febbraio 1993, n. 3;

**solo per chi effettua versamenti ad un fondo pensione complementare:**

- ☐ Il contributo eventualmente spettante è versato, secondo convenzione Pensplan, direttamente sul seguente c/c: Pensplan Centrum spa IT 57 K 08081 11600 000300047027



☐

☐ **il contributo eventualmente concesso sia pagato <sup>(5)</sup>:**

- IBAN:
- 

☐ di aver compilato una domanda costituita da \_\_\_\_\_ pagine, identificata da:  
 PROTOCOLLO ICEF N. \_\_\_\_\_ CODICE DI CONTROLLO \_\_\_\_\_  
**per la quale ha rilasciato un mandato di assistenza e rappresentanza ai sensi dell'art. 47 del codice civile al**  
**patronato \_\_\_\_\_ ;**

☐ di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_ quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

- ☐ di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 1005 di data 17.05.2019, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento <https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Domanda-contributo-previdenziale-per-cura-e-assistenza-figli-minori-e-o-affidati>

(firma)

\* \* \* \* \*

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto \_\_\_\_\_  
(indicare il nome del dipendente addetto)
- consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

☐ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

identificato/a mediante \_\_\_\_\_

il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(timbro dell'ufficio e firma)

☐ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

identificato/a mediante \_\_\_\_\_ il/la quale

mi ha altresì dichiarato, in qualità di \_\_\_\_\_ che il sig./ra

\_\_\_\_\_ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(timbro dell'ufficio e firma)



**RISERVATO ALL'UFFICIO - ATTESTAZIONE DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA****DOMANDA****DELL'ENTE**

Io sottoscritto/a

addetto/a all'ufficio

attesto che:

è stata presentata domanda di contributo per la copertura previdenziale dei periodi di assistenza ai figli da parte del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ costituita da \_\_\_\_\_ pagine identificate da:

**PROTOCOLLO ICEF N.****CODICE DI CONTROLLO**

per la quale ha rilasciato delega al Patronato \_\_\_\_\_

inoltre, dichiaro

di aver consegnato l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 1005 di data 17.05.2019, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento <https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Domanda-contributo-previdenziale-per-cura-e-assistenza-figli-minori-e-o-affidati>

\_\_\_\_\_  
(luogo)\_\_\_\_\_  
(data)\_\_\_\_\_  
(timbro dell'ente e firma dell'addetto)

Copia della presente domanda è disponibile, per eventuali controlli, presso questo ufficio, e le informazioni in essa contenute sono trasmesse e conservate elettronicamente nell'apposita banca dati ICEF presso Trentino digitale S.p.A.. La domanda e il relativo esito dell'elaborazione sono consultabili anche all'indirizzo <https://www.servizionline.provincia.tn.it>.

**Divieto delle "revolving doors" – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001**

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.



Modello aggiornato 02.09.2025

## INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE n. 679 del 2016

relativa al trattamento:

*contributo per la copertura previdenziale dei periodi di assistenza ai figli  
previsto dall'art. 1 della legge regionale 18 febbraio 2005, n. 1*

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito il "Regolamento") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

In osservanza del principio di trasparenza previsto dall'art. 5 e 12 del Regolamento, la Provincia autonoma di Trento Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento (rispettivamente, raccolta dati presso l'Interessato e presso terzi).

**Titolare del trattamento** dei dati personali è la Provincia autonoma di Trento (di seguito, il "Titolare"), nella persona del legale rappresentante (Presidente della Giunta Provinciale in carica), Piazza Dante n. 15, 38122 – Trento, tel. 0461.494602, fax 0461.494603 e-mail [direzione generale@provincia.tn.it](mailto:direzione generale@provincia.tn.it), pec [direzione generale@pec.provincia.tn.it](mailto:direzione generale@pec.provincia.tn.it).

Preposto al trattamento è il Dirigente *pro tempore* dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa; i dati di contatto sono: indirizzo Via Zambra, 42 – Torre "B" SUD Top Center-Trento, tel. 0461.493234, 0461.493232, fax 0461.493233, e-mail [agenzia.prev@provincia.tn.it](mailto:agenzia.prev@provincia.tn.it), per: [apapi@pec.provincia.tn.it](mailto:apapi@pec.provincia.tn.it). Il Preposto è anche il **soggetto designato per il riscontro** all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 15 – 22 del Regolamento, di seguito descritti.

I dati di contatto del **Responsabile della protezione dei dati** (RPD) sono: Piazza Dante n. 15, 38122 – Trento, tel. 0461.494671, e-mail [idprivacy@provincia.tn.it](mailto:idprivacy@provincia.tn.it) (indicare, nell'oggetto: "Richiesta intervento RPD ex art. 38 Reg. UE").

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento.

### 1. FONTE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati

☒ sono stati raccolti presso l'Interessato (Lei medesimo);

### 2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Il principio di minimizzazione prevede come possano essere raccolti e trattati soltanto i dati personali pertinenti e non eccedenti alle specifiche finalità del trattamento.

Il principio di limitazione della conservazione consiste nel mantenere i dati in una forma che consente l'identificazione degli Interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità, salvo casi eccezionali.

Anche per tali ragioni, nonché nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento, di seguito Le indichiamo specificamente le **finalità del trattamento** (cioè gli scopi per cui i dati personali sono raccolti e successivamente trattati), nonché la relativa **base giuridica** (ovvero la norma di legge – nazionale o comunitaria – o di regolamento, che consente il trattamento dei Suoi dati):

– per l'esecuzione di **un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri** di cui è investito il Titolare (art. 6, par. 1, lett. e), del Regolamento) e, in particolare per :

- dare corso alla procedura, di Suo interesse, di concessione del contributo per la copertura previdenziale dei periodi di assistenza ai figli previsto dall'articolo 1 della legge regionale 18 febbraio 2005, n. 1;
- fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici.

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte quelle ausiliarie e connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive) in quanto obbligo legale; il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di fornire la prestazione.

Per massima chiarezza, Le precisiamo che, essendo fondato sulle predette basi giuridiche, non è quindi necessario il Suo consenso al trattamento di tali dati personali.

### 3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti automatizzati (informatici/elettronici) con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi.

I Suoi dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, dal personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti.

Sempre per le finalità indicate, i Suoi dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali (soggetti autorizzati alla raccolta delle domande) per il Titolare, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati **Responsabili del trattamento** ex art. 28 del Regolamento. L'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile presso i nostri uffici siti in in Via Zambra, 42, Torre "B" Sud, Top Center- Trento.

### 4. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONE

E' esclusa l'esistenza di un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione, in quanto l'automazione è limitata alla raccolta dei dati delle domande e ad una verifica indicativa del possesso dei requisiti e del calcolo del contributo la cui definizione spetta all'operatore incaricato dell'istruttoria delle domande.

### 5. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (CATEGORIE DI DESTINATARI)

La informiamo che i Suoi dati saranno comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- a) INPS/Banca dati delle prestazioni sociali/Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUS);
- b) Agenzia delle Entrate;
- c) PENSPLAN o Enti previdenziali/assicurativi che gestiscono i fondi pensionistici complementari o integrativi di scelta del beneficiario di contributi regionali;

per l'adempimento del seguente obbligo di legge al quale è soggetto il Titolare:

- a) articolo 24 del D.Lgs 15.09.2017, n. 147 con riferimento alla trasmissione dei dati all'INPS;
- b) DPR 22.07.1998, n. 322 con riferimento alle comunicazioni all'Agenzia delle entrate;
- c) articolo 2, comma 1-bis, DPR 4 giugno 2008, n. 3/L e s.m. con riferimento alla comunicazione dei dati a Pensplan.

I Suoi dati personali, fermo il divieto di diffusione dei dati relativi alla salute (oltre che di quelli genetici e biometrici), saranno diffusi **ai fini indispensabili della trasparenza**, ai sensi e per gli effetti delle seguenti norme: articolo 26 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33.

## 6. TRASFERIMENTO *EXTRA* UE

I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

## 7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

In osservanza del succitato principio di limitazione della conservazione, Le comunichiamo che il periodo di conservazione dei Suoi dati personali, come previsto nel Piano di conservazione degli atti della Provincia autonoma di Trento, approvato da ultimo con deliberazione della Giunta provinciale n. 712 del 23 maggio 2024, è di 10 anni dalla chiusura della pratica o dalla concessione.

Trascorso tale termine i dati saranno cancellati, fatta salva la facoltà del Titolare di conservarli ulteriormente per **finalità compatibili** con quelle sopra indicate ovvero per fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici.

## 8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei potrà esercitare, nei confronti del Titolare ed in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento.

In base alla normativa vigente Lei potrà:

- chiedere l'accesso ai Suoi dati personali e ottenere copia degli stessi (art. 15);
- qualora li ritenga inesatti o incompleti, richiederne, rispettivamente, la rettifica o l'integrazione (art. 16);
- se ricorrono i presupposti normativi, richiederne la cancellazione (art. 17), o esercitare il diritto di limitazione (art. 18);
- opporsi al trattamento dei Suoi dati (compresa l'eventuale profilazione) in qualsiasi momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare (art. 21).

Ai sensi dell'art. 19, nei limiti in cui ciò non si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, il Titolare comunica a ciascuno degli eventuali destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le rettifiche, o cancellazioni, o limitazioni del trattamento effettuate; qualora Lei lo richieda, il Titolare Le comunicherà tali destinatari.

In ogni momento, inoltre, Lei ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma alla piazza Venezia n. 11 (tel. 06/696771, fax 06/696773785) posta elettronica [protocollo@gpdp.it](mailto:protocollo@gpdp.it), pec [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it)).

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

data e firma \_\_\_\_\_