

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

Barcode

Esente da bollo ai sensi
del DPR 642/72

**DOMANDA DI CONTRIBUTO AI COLTIVATORI DIRETTI,
MEZZADRI E COLONI PER I VERSAMENTI PREVIDENZIALI EFFETTUATI AI FINI
DELL'ASSICURAZIONE INVALIDITA' - VECCHIAIA - SUPERSTITI**

(art. 14 della L.R. 25 luglio 1992 n.7)

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

cittadinanza _____ telefono ____/____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

il contributo previsto dall'art.14 della L.R. 25 luglio 1992, n. 7 ai coltivatori diretti, mezzadri e coloni operanti in aziende che si trovano in condizioni particolarmente sfavorite, così come definite dalla normativa provinciale in materia.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, 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

<input type="checkbox"/>	di essere titolare ai fini INPS dell'azienda agricola omonima
<input type="checkbox"/>	di essere erede del/la signor/a _____, codice fiscale _____ titolare ai fini INPS dell'azienda agricola omonima, deceduto/a in data _____
<input type="checkbox"/>	che l'azienda ha operato nell'anno ____ in zone particolarmente sfavorite così come definite dalla normativa provinciale in materia in quanto la maggior parte dei terreni coltivati ricade nella zona di: _____
<input type="checkbox"/>	che l'azienda ha operato nell'anno _____ ad un'altitudine superiore a 900 m. s.l.m. fino a 1.200 m. s.l.m.
<input type="checkbox"/>	che l'azienda ha operato nell'anno _____ ad un'altitudine superiore a 1.200 m. s.l.m.



che la/e persona/e iscritta/e alla gestione lavoratori autonomi agricoli di Trento come unità attive in qualità di _____ per l'anno _____ e/o per anni pregressi sono le seguenti:

Tit.	cognome nome	data nascita	codice fiscale	iscritto dal	cancellato dal - al	riduzione 65	esonero dal versamento
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	che l'azienda è inserita dall'INPS nella fascia di contribuzione convenzionale: _____																
<input type="checkbox"/>	che l'azienda nell'anno _____ non ha cambiato fascia e corrisponde a quella sopraindicata																
<input type="checkbox"/>	che l'azienda nell'anno _____ ha versato per 1 o più unità attive in una fascia superiore a quella stabilita dall'INPS in base al reddito agrario																
<input type="checkbox"/>	di aver versato le seguenti somme riferite a n.4 trimestri dell'anno _____ e/o di anni pregressi qualora dovuti: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 trimestre</td> <td style="width: 35%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 15%;">data versamento</td> <td style="width: 35%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>2 trimestre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td>data versamento</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>3 trimestre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td>data versamento</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>4 trimestre</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td>data versamento</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	1 trimestre		data versamento		2 trimestre		data versamento		3 trimestre		data versamento		4 trimestre		data versamento	
1 trimestre		data versamento															
2 trimestre		data versamento															
3 trimestre		data versamento															
4 trimestre		data versamento															
<input type="checkbox"/>	di aver usufruito di crediti per anni precedenti per l'importo di _____																
<input type="checkbox"/>	dichiara che i contributi correnti dovuti per l'anno _____ sono relativi alle seguenti voci <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 Invalidità Vecchiaia Superstiti</td> <td style="width: 85%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>2 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 233/90</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>3 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 160/75</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>4 Importo non dovuto per esonero ex art. 1 commi 117 e 118 della legge 27 dicembre 2017, n. 205</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p>(*) inserire gli importi di cui ai numeri 1., 2. e 3. solo se i quattro versamenti trimestrali siano stati interamente versati, anche utilizzando in compensazione eventuali crediti</p>	1 Invalidità Vecchiaia Superstiti		2 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 233/90		3 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 160/75		4 Importo non dovuto per esonero ex art. 1 commi 117 e 118 della legge 27 dicembre 2017, n. 205									
1 Invalidità Vecchiaia Superstiti																	
2 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 233/90																	
3 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 160/75																	
4 Importo non dovuto per esonero ex art. 1 commi 117 e 118 della legge 27 dicembre 2017, n. 205																	
<input type="checkbox"/>	dichiara che i contributi arretrati dovuti nell'anno _____ sono relativi alle seguenti voci <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 Invalidità Vecchiaia Superstiti</td> <td style="width: 85%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>2 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 233/90</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>3 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 160/75</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>4 Importo non dovuto per esonero ex art. 1 commi 117 e 118 della legge 27 dicembre 2017, n. 205</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p>(*) inserire gli importi di cui ai numeri 1., 2. e 3. solo se i quattro versamenti trimestrali siano stati interamente versati, anche utilizzando in compensazione eventuali crediti</p>	1 Invalidità Vecchiaia Superstiti		2 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 233/90		3 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 160/75		4 Importo non dovuto per esonero ex art. 1 commi 117 e 118 della legge 27 dicembre 2017, n. 205									
1 Invalidità Vecchiaia Superstiti																	
2 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 233/90																	
3 Addizionale Invalidità Vecchiaia Superstiti Legge 160/75																	
4 Importo non dovuto per esonero ex art. 1 commi 117 e 118 della legge 27 dicembre 2017, n. 205																	

che ai fini della verifica del rispetto dei limiti previsti per gli aiuti di stato "de minimis" dai Regolamenti della Commissione Europea n. 1407/2013 (*de minimis* generale), n. 1408/2013 (*de minimis* nel settore agricoltura), n. 717/2014 (*de minimis* nel settore pesca) e n. 360/2012 (*de minimis* SIEG), le imprese da assoggettare a controllo collegate a queste domanda sono:

n. - Anno	Denominazione	Codice fiscale/Partita IVA della società	Data inizio esercizio finanziario (anno fiscale)	Data fine esercizio finanziario (anno fiscale)	Dimensione impresa



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 ai coltivatori diretti, mezzadri e coloni per i versamenti previdenziali effettuati ai fini dell'assicurazione invalidità - vecchiaia - superstiti (IVS) 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 di data 17/05/2019 n. 1005, e pubblicata sul sito istituzionale della Provincia autonoma di Trento <https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Documenti/Domanda-di-contributo-a-coltivatori-diretti-mezzadri-e-coloni-per-i-versamenti-previdenziali-obbligatori>

_____ (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.

