





Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario -1/3

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

ALL'UFFICIO INPS DI

DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DEL RAPPORTO DI LAVORO

Dichiaro di aver sottoscritto il contratto di soggiorno in data (gg/mm/aaaa) _____

Sezione 1 - Datore di lavoro

Datore di lavoro persona fisica

COGNOME NOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

COMUNE O STATO DI NASCITA indicare il comune anche per le frazioni PROV.

NAZIONALITA' SESSO PROFESSIONE

Datore di lavoro persona giuridica

DENOMINAZIONE DELLA COMUNITA' RELIGIOSA O CONVIVENZA MILITARE

CODICE FISCALE (1)

Indirizzo di residenza del datore di lavoro

VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV. FRAZIONE

COMUNE indicare il comune anche per le frazioni PROV. CAP

TELEFONO* CELLULARE* FAX*

E-MAIL*

Indirizzo presso il quale inviare comunicazioni (2)

PRESSO VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV.

FRAZIONE COMUNE indicare il comune anche per le frazioni

PROV. CAP TELEFONO*

Indirizzo dove si svolge il rapporto di lavoro (3)

PRESSO VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV.

FRAZIONE COMUNE indicare il comune anche per le frazioni

PROV. CAP TELEFONO*

* Dati facoltativi



Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario -2/3

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

• Documento di identità

TIPO DOCUMENTO NUMERO

RILASCIATO DA SCADENZA

Sezione 2 - Lavoratore

• Lavoratore

COGNOME NOME

CODICE FISCALE (1) NATO/A IL GG/MM/AAAA

COMUNE O STATO DI NASCITA indicare il comune anche per le frazioni

SESSO M F PROV. CITTADINANZA

COGNOME DEL CONIUGE*

• Documento di identità

TIPO DOCUMENTO NUMERO

RILASCIATO DA SCADENZA

• Indirizzo

VIA, PIAZZA, LARGO ecc... e N. CIV. FRAZIONE

COMUNE indicare il comune anche per le frazioni PROV. CAP

TELEFONO* CELLULARE*

Sezione 3 - Assunzione

DATA INIZIO (4) gg/mm/aaaa

COLF (5) BADANTE (5) ORE SETTIMANALI (6)

RETRIBUZIONE / COMPENSO MENSILE (7) RETRIBUZIONE ORARIA (7)



Denuncia di assunzione di lavoratore domestico extracomunitario -3/3

ai sensi dell'art. 1-ter co. 2 lett. b L. n. 102/2009

Sezione 4 - Questionario

- Il lavoratore svolge servizio continuato e fruisce di vitto e alloggio ? SI NO
- Il datore di lavoro è il coniuge del lavoratore ? SI NO
- Il datore di lavoro è parente o affine entro il terzo grado del lavoratore ? (8) SI NO
in caso affermativo specificare il rapporto di parentela o di affinità (genitore, figlio, fratello, sorella, cognato, suocero, nuora, zio, nonno, nipote ecc.) nel riquadro accanto
- Il datore di lavoro è invalido di guerra o del lavoro o mutilato o invalido civile o cieco civile, con indennità di accompagnamento? (9) SI NO
- Il lavoratore abita con il datore di lavoro ? SI NO
- Il datore di lavoro è sacerdote secolare di culto cattolico ? (8) SI NO

data _____ Firma del datore di lavoro (10) (11) _____

● Dichiarazione di responsabilità

Mi impegno a comunicare all'Inps 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 del datore di lavoro (10) (11) _____

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.