

INPS

mod. COLD - ASS - COD. SC38



Comunicazione obbligatoria del rapporto di lavoro domestico - 3/3

Sezione 4 - Questionario

- Il lavoratore svolge servizio continuato e fruisci di vitto e alloggio ? SI NO
- Il datore di lavoro e' il coniuge del lavoratore ? SI NO
- Il datore di lavoro e' parente o affine entro il terzo grado del lavoratore ? (9) 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 e' invalido di guerra o del lavoro o mutilato o invalido civile o cieco civile, con indennita' di accompagnamento? (10) SI NO
- Il lavoratore abita con il datore di lavoro ? SI NO
- Il datore di lavoro e' sacerdote secolare di culto cattolico ? SI NO

Sezione 5 - Contratto di lavoro ripartito

CODICE FISCALE DEL LAVORATRE COOBBIGATO

N. B.: in caso di assunzione con contratto di lavoro ripartito (art. 41 d.lgs 276/2003) deve essere presentata una comunicazione per ogni lavoratore coobbligato.

data _____ Firma del datore di lavoro (11) (12) _____

● Dichiarazione di responsabilita'

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 (11) (12) _____

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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali, se strettamente necessario, saranno comunicati 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.