



**Denuncia di assunzione di lavoratore domestico italiano, comunitario, extracomunitario con permesso di soggiorno che consente lavoro subordinato, in corso di validità - 1/3**

● ALL'UFFICIO INPS DI

● DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DEL RAPPORTO DI LAVORO

Dichiaro che il seguente rapporto di lavoro è denunciato ai sensi dell'art. 1-ter L.102/2009.

● ESTREMI DEL PAGAMENTO

Data (gg/mm/aaaa)  Importo totale versato

Codice banca / poste / agente della riscossione:

Azienda  CAB / Sportello

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

**Sezione 1 - Datore di lavoro**

● **Datore di lavoro persona fisica**

● COGNOME  NOME

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

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

● NAZIONALITA'  SESSO  M  F  PROFESSIONE

● **Datore di lavoro persona giuridica**

● DENOMINAZIONE DELLA COMUNITA' RELIGIOSA O CONVIVENZA MILITARE

● CODICE FISCALE

● 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\*

STUDIO 74 - www.studio74.it

\* Dati facoltativi



**Denuncia di assunzione di lavoratore domestico italiano, comunitario, extracomunitario con permesso di soggiorno che consente lavoro subordinato, in corso di validità - 2/3**

● 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\*

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\*

● Estremi del permesso di soggiorno (solo per lavoratori extracomunitari)

TIPO DOCUMENTO  TIPO PERMESSO   
 RILASCIATO DALLA QUESTURA DI   
 NUMERO DOCUMENTO  SCADENZA gg/mm/aaaa

\* Dati facoltativi

**Denuncia di assunzione di lavoratore domestico italiano, comunitario, extracomunitario con permesso di soggiorno che consente lavoro subordinato, in corso di validità - 3/3****Sezione 3 - Assunzione**DATA INIZIO gg/mm/aaaa (4) DATA FINE gg/mm/aaaa (4)  COLF (6) BADANTE (6) ORE SETTIMANALI (7) RETRIBUZIONE / COMPENSO MENSILE (8) RETRIBUZIONE ORARIA (8) **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 NOIl datore di lavoro è parente o affine entro il terzo grado del lavoratore ? (9)  
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 SI NO

Il datore di lavoro è invalido di guerra o del lavoro o mutilato o invalido civile o cieco civile, con indennità 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 ? (9)

 SI NO**Sezione 5 - Contratto di lavoro ripartito**CODICE FISCALE DEL LAVORATORE COOBBLIGATO (3) **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 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 (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](http://www.inps.it).

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.