

Dom. sosp.
Emilia/
Lombardia/
Veneto

COD. SC...

Eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012 verificatisi nei territori delle province di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Mantova e Rovigo. D.L. 6 giugno 2012, n. 74.

Accesso alla sospensione degli adempimenti e del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali. – 1/2

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445..

ALLA SEDE INPS DI

Il sottoscritto

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA

A

in qualità di (è possibile selezionare più di una voce)

☐ **Titolare** ☐ **Legale rappresentante** dell'azienda

DENOMINAZIONE AZIENDA

MATRICOLA INPS

CODICE FISCALE

SEDE

☐ **Artigiano/Esercente attività commerciale**

☐ **Libero professionista/Committente**

☐ **Lavoratore agricolo** autonomo/concedente a piccola colonia e compartecipazione familiare

☐ **Datore di lavoro domestico**

comunica

di volersi avvalere della sospensione degli adempimenti e dei versamenti dei contributi previdenziali ed assistenziali disposta dal Decreto Legge n. 74 del 6 giugno 2012, a seguito degli eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012 verificatisi nei territori delle province di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Mantova e Rovigo.

A tal fine, dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, di esercitare alla data del 20 maggio 2012 l'attività di impresa o professionale nei territori indicati nel Decreto Ministero Economia e Finanze dell'1 giugno 2012.



Eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012 verificatisi nei territori delle province di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Mantova e Rovigo. D.L. 6 giugno 2012, n. 74.

Accesso alla sospensione degli adempimenti e del versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali. – 2/2

Sono consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni.

Dichiaro, al riguardo, che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Luogo _____

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

L’Inps con sede in Roma, via Ciriaco il Grande, 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 ed 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, 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.