



Comunicazione degli eventi che hanno effetto sul pagamento della indennità di disoccupazione mini ASpl - 1/2

Domanda numero _____

ALL'UFFICIO INPS DI ⁽¹⁾ _____

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE/DOMICILIATO IN _____

PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

Consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

Dichiaro

che, durante il periodo indennizzabile,

- ho iniziato una attività in forma autonoma/parasubordinata il _____ dalla quale prevedo di trarre un reddito per l'anno _____ pari ad € _____; ⁽²⁾
- sono espatriato in data _____ verso il seguente Stato _____ alla ricerca di lavoro;
- sono espatriato in data _____ verso il seguente Stato _____ per il seguente motivo _____;
- ho fruito del congedo per maternità dal _____ al _____;
- sono stato/a in malattia dal _____ al _____;
- sono stato/a ricoverato in ospedale dal _____ al _____;
- ho presentato domanda di pensione il _____;
- ho chiesto di effettuare Servizio Civile Nazionale dal _____;
- ho iniziato una attività di lavoro subordinato a tempo indeterminato il _____;
- ho iniziato una attività di lavoro subordinato a tempo determinato per il periodo dal _____ al _____;

Dichiaro

i seguenti fatti e/o circostanze che ritengo possano avere effetto sulla prestazione in corso di pagamento

Chiedo

che l'indennità di disoccupazione ASpl sia corrisposta sul seguente IBAN _____
Composto da 27 caratteri

Data _____

Firma del richiedente _____

⁽¹⁾ Indicare la Sede che Le ha inviato la lettera di accoglimento.

⁽²⁾ Questa dichiarazione è da effettuare entro un mese dall'inizio dell'attività.



Comunicazione degli eventi che hanno effetto sul pagamento della indennità di disoccupazione mini ASpl - 2/2

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, anche per il tramite dell'agenzia stessa.