



Domanda di iscrizione per il versamento dei contributi da parte dei datori di lavoro - 1/3

Autocertificazione ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO PEC

titolare legale rappresentante

dell'azienda (indicare la denominazione o la ragione sociale) _____

forma giuridica _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

indirizzo sede operativa dell'azienda

via _____ n° _____ c. a. p. _____

comune _____ prov. _____

indirizzo sede legale dell'azienda

via _____ n° _____ c. a. p. _____

comune _____ prov. _____

numero telefono _____ numero cellulare _____

altro telefono/fax _____ indirizzo e-mail _____

indirizzo PEC _____ sito internet aziendale _____

esercente l'attività di (attività economica dichiarata) _____

Chiedo

l'apertura di una posizione contributiva per l'assolvimento degli obblighi previdenziali ed assistenziali in favore del personale dipendente.

Per consentire un esatto inquadramento previdenziale, mi impegno a produrre ogni altra documentazione relativa ad informazioni diverse da quelle sopra dichiarate o già in possesso dell'Istituto, e a comunicare all'Inps tutte le variazioni anagrafiche intervenute alla data della presente dichiarazione ed ogni altro elemento utile a rilevare la sussistenza e la misura dell'obbligo contributivo.



Domanda di iscrizione per il versamento dei contributi da parte dei datori di lavoro - 2/3

Autocertificazione ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445

● Dati sull'attività svolta

data inizio attività con dipendenti (gg/mm/aaaa) _____ di cui

operai n. _____ impiegati n. _____ dirigenti n. _____ altro _____

(barrare la casella che interessa)

posizioni contributive già aperte presso l'Inps per complessivi dipendenti n. _____

iscrizione ad altro ente previdenziale _____ posizione n. _____

● per le imprese artigiane

data iscrizione albo impresa (gg/mm/aaaa) _____ n. impresa _____

soci n. _____ coadiutori familiari n. _____ lavorazione in serie

● Intermediario abilitato alle operazioni contributive

Consulente del lavoro, professionista iscritto all'albo degli avvocati, dei dottori commercialisti, dei ragionieri e periti commerciali (articolo 1, comma 1, legge 12/1979), associazione di categoria (articolo 1, comma 4, della 12/1979).

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Relazione con l'azienda _____

Indirizzo _____ n° _____ c. a. p. _____

Comune _____ Prov. _____

Numero telefono _____ Numero cellulare _____

Altro telefono/fax _____ Indirizzo e-mail _____

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

Sito internet aziendale _____

● Altro soggetto collegato all'azienda

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Relazione con l'azienda _____

Indirizzo _____ n° _____ c. a. p. _____

Comune _____ Prov. _____

Numero telefono _____ Numero cellulare _____

Altro telefono/fax _____ Indirizzo e-mail _____

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

● Dichiaro

che le notizie da me fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

data _____

firma _____



Domanda di iscrizione per il versamento dei contributi da parte dei datori di lavoro - 3/3

Autocertificazione ai sensi del DPR 28.12.2000 n. 445

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 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.