



Allegato (Dich.Resp)

Domande di cassa integrazione ordinaria/e assegno ordinario per emergenza epidemiologica da COVID-19 (artt. 13 e 14 decreto legge 2 marzo 2020 n. 9 - G.U. n. 53 del 02.03.2020)

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 :

Titolare **Legale rappresentante** dell'azienda

DENOMINAZIONE AZIENDA

MATRICOLA INPS

PEC

CODICE FISCALE AZIENDA

SEDE

Comunica

di volersi avvalere della prestazione di cassa integrazione ordinaria/assegno ordinario ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del decreto legge n. 9 del 2 marzo 2020.

A tal fine, dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 (segnare i punti di interesse):

- che l'azienda/datore di lavoro è attivo alla data del 23 febbraio 2020 e ha unità produttive nei territori dei comuni, di cui all'allegato 1 del DPCM del 1 marzo 2020:

- | Provincia | Comune | Cap | Ubicazione |
|---|--------|-----|------------|
| ○ che i lavoratori per i quali si richiede l'integrazione salariale svolgono l'attività lavorativa nell'unità produttive, specificate nel punto precedente. | | | |

- | Provincia | Comune | Cap | Ubicazione |
|--|--------|-----|------------|
| ○ che l'azienda/datore di lavoro è attivo alla data del 23 febbraio 2020 e ha plessi organizzativi nei territori dei comuni di cui all'allegato 1 del DPCM del 1 marzo 2020: | | | |

- | Provincia | Comune | Cap | Ubicazione, |
|--|--------|-----|-------------|
| ○ che i lavoratori per i quali si richiede l'integrazione salariale svolgono l'attività lavorativa nei plessi, specificati nei punti precedente. | | | |
| ○ che i lavoratori per i quali si richiede l'integrazione salariale hanno comunicato di essere residenti/domiciliati all'interno dei comuni di cui all'allegato 1 del DPCM del 1 marzo 2020. | | | |

Il sottoscritto è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni.

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

Luogo _____

Data _____

Firma _____

Allega documento di riconoscimento.

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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda di servizio e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.

