

Mod. Acc.Proc.L.92/12
COD. SC77

Richiesta di accesso alle procedure automatizzate di gestione della prestazione di cui all'art. 4, commi da 1 a 7-ter, della legge n. 92/2012

All'UFFICIO INPS di

DATI DATORE DI LAVORO

FORMA GIURIDICA E RAGIONE SOCIALE/DENOMINAZIONE

.....

Codice fiscale

Matricola INPS

Codice progressivo Azienda
(da valorizzare solo per le aziende con iscrizione alla gestione pubblici dipendenti)

Codice gruppo Azienda
(da valorizzare solo per le aziende con iscrizione ai Fondi pensioni lavoratori spettacolo e/o sportivi professionisti)

REFERENTE AZIENDA

INDIRIZZO EMAIL

RECAPITO TELEFONICO

<i>Verbale di accordo del</i>	<i>data verbale</i>
<i>data inizio validità accordo</i>	
<i>data fine validità accordo</i>	
<i>numero lavoratori interessati/acordo</i>	<i>come individuato nell'accordo</i>

Il sottoscritto <Nome> <Cognome>, codice fiscale <codice fiscale>, in qualità di titolare/legale rappresentante, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità (ex artt. 46 e 47 DPR n. 445 del 28/12/2000) che sussistono i requisiti previsti dall'articolo 4, comma 1, della legge n. 92/2012:

- o impiego medio di più di quindici dipendenti alla data di sottoscrizione dell'accordo;

- accordo sottoscritto dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale ovvero nell'ambito di procedure ex articoli 4 e 24 della legge n. 223 del 23 luglio 1991 ovvero da associazione sindacale stipulante il contratto collettivo di lavoro della categoria nell'ambito di processi di riduzione di personale dirigente.

Data

Firma

SI ALLEGANO:

- 1) verbale di accordo OO.SS.
- 2) elenco lavoratori

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 De Mita n. 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, anche per il tramite dell'agenzia stessa.