

Dichiarazione del datore di lavoro ai fini della concessione dei benefici per l'esposizione all'amianto previsti dall'art. 1, comma 246, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 - 1/2

Rotabili

Io sottoscritto/a

COGNOME		NOME				
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA				
A		PROV.		STATO		
CITTADINANZA						
RESIDENTE IN		PROV.		STATO		
INDIRIZZO					CAP	
TELEFONO *		CELLULARE *				
INDIRIZZO E-MAIL *						

In qualità di:

- titolare responsabile del personale altro _____

dell'Azienda/Amministrazione (indicare la denominazione) _____

Codice Fiscale _____ matricola INPS/progressivo _____

eventuale intermediario o consulente dell'Azienda _____

Consapevole della responsabilità penale e delle sanzioni previste in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 38, 46, 47, 48, 71, 73, 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), sotto la mia personale responsabilità:

DICHIARO che il/la Sig./Sig.ra

COGNOME		NOME				
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA				
A		PROV.		STATO		
CITTADINANZA						
RESIDENTE IN		PROV.		STATO		
INDIRIZZO					CAP	
TELEFONO *		CELLULARE *				
INDIRIZZO E-MAIL *						



Dichiarazione del datore di lavoro ai fini della concessione dei benefici per l'esposizione all'amianto previsti dall'art. 1, comma 246, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 - 2/2

Rotabili

- ha lavorato alle dipendenze dell'Azienda/Amministrazione _____ (indicare la denominazione)
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
- presso il sito produttivo di _____ sono stati effettuati lavori di bonifica dall'amianto posti in essere mediante sostituzione del tetto,
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
- il/la Sig/Sig.ra è stato/a presente presso il sito produttivo di _____ durante le operazioni di bonifica dall'amianto, poste in essere mediante sostituzione del tetto,
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____

● ALLEGO

- fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

Data _____

Firma _____

Timbro dell'Azienda/Amministrazione

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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.