



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

numero _____

ALL'UFFICIO INPS DI⁽¹⁾ _____

Dati del richiedente

NOME _____ COGNOME _____

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

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE/DOMICILIATO/A IN _____

INDIRIZZO _____

PROV. _____ 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/occasionale di tipo accessorio 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 indennizzato 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 _____ dalla quale prevedo di trarre un reddito per l'anno _____ pari ad € _____ ;
- ho iniziato una attività di lavoro subordinato a tempo determinato per il periodo dal _____ al _____ dalla quale prevedo di trarre un reddito per l'anno _____ pari ad € _____ ;

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

chiedo che l' indennità di disoccupazione NASpl sia corrisposta sul seguente IBAN _____

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 NASpl-COM - 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 seguente 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.