





Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - 1/2

(articolo 47 DPR 28/12/2000 n.445)

Questa dichiarazione, compilata e firmata dal lavoratore, deve essere presentata in allegato alla domanda di intervento del Fondo di Garanzia (modulo TFR/CL - SR50) per la richiesta di pagamento dei crediti di lavoro (Decreto legislativo 80/92), nel caso in cui il datore di lavoro non sia assoggettabile a procedura concorsuale.

NOME	COC	GNOME	-	
CODICE FISCALE		NA NA	ATO/A IL GG/MM/AA	AA
A		PROV.	STAT	0
In relazione al rapporto di lavoro con l'azienda				
Dichiaro				
che il rapporto di lavoro è cessato il (gg/mm/aaa compilare solo se ricorre il caso	за)			
o nel periodo dal (gg/mm/aaaa)	alla data di	dimissioni	licenziamento	il rapporto di lavoro è
stato sospeso senza alcuna ripresa dell'at	ttività per		e non so	no sorti diritti retributivi
Nel periodo corrispondente agli ultimi tre m precedono la data (gg/mm/aaaa) ho chiesto l'intervento del Fondo, mi spet aggiuntive ed esclusi gli importi relativi a fe tere di retribuzione propriamente detta) d	di dep tta una retribuzione lo erie non godute, inde	oosito in Tribunale orda (inclusi ratei nnità di mancato	del ricorso per la tu di tredicesima e di preavviso ed altre in	tela dei crediti per i quali altre eventuali mensilità
Mese di	€			
Mese di	€			
Mese di	€			
Mese di	€	- – – –		
Ratei di mensilità aggiuntive (13^, 14^) ma	aturati negli ultimi tre	mesi del rapporte	o €	
Mi impegno a comunicare all'Inps qualsi dall'avvenuto cambiamento. Sono inoltre autocertificazioni incluse nella domanda e re dai benefici ottenuti. Dichiaro che le notizie fornite in questo m previste per chi rende attestazioni false.	consapevole che le che, in caso di dichi	amministrazioni iarazioni false, po	sono tenute a cont osso subire una con	rollare la veridicità delle danna penale e decade-
Data	Firma			





(articolo 47 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 Ciro il Grande, 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.