



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 del TFR nel caso in cui il datore di lavoro non sia assoggettabile a procedura concorsuale

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>

In relazione al rapporto di lavoro con l'azienda _____

● Dichiaro

- Che il rapporto di lavoro è cessato subito dopo aver fruito di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (art.3 L. 223/91)

● Dati relativi al TFR maturato fino al 31.12.2000 dal lavoratore

- anzianità per servizio prestato per l'orario ordinario come da CCNL anni ____ mesi ____
- anzianità per servizio part-time (orario settimanale effettivo ore ____ min. ____) anni ____ mesi ____
- anzianità per servizio part-time (orario settimanale effettivo ore ____ min. ____) anni ____ mesi ____
(orario settimanale completo come previsto dal CCNL ore ____ min. ____)
- anzianità convenzionale fino al 31.12.2000 anni ____ mesi ____
- TFR lordo maturato fino al 31.12.2000 € _____
di cui:
 - TFR lordo già corrisposto € _____
 - trattenute Irpef operate su TFR già corrisposto € _____
 - TFR destinato alla Previdenza integrativa € _____

● Dati relativi al TFR maturato dal 1° gennaio 2001

- anzianità per servizio prestato per l'orario ordinario come dal CCNL anni ____ mesi ____
- anzianità per servizio part-time (orario settimanale effettivo ore ____ min. ____) anni ____ mesi ____
- anzianità per servizio part-time (orario settimanale effettivo ore ____ min. ____) anni ____ mesi ____
(orario settimanale completo come previsto dal CCNL ore ____ min. ____)
- periodi di infortunio, malattia, gravidanza e puerperio verificatisi dal 1° 1.2001 anni ____ mesi ____
- anzianità convenzionale dal 1° gennaio 2001 anni ____ mesi ____
- TFR lordo maturato dal 1° gennaio 2001 € _____
(comprensivo delle rivalutazioni al netto dell'imposta sostitutiva)
 - di cui:
 - a titolo di rivalutazione € _____
 - TFR lordo già corrisposto € _____
 - Trattenute Irpef operate su TFR già corrisposto € _____
 - TFR destinato alla Previdenza integrativa € _____



Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - 2/2 (articolo 47 DPR 28.12.2000 n.445)

● Da ricordare

Il TFR lordo già corrisposto si ottiene sommando le quote di TFR pagate a titolo di anticipo o di anticipazione dal datore di lavoro, le quote di TFR pagate dalla procedura concorsuale, le quote di TFR a carico della cassa integrazione guadagni straordinaria (CIGS).

Indipendentemente dal tipo di part time (orizzontale o verticale) l'orario annuale effettivo dovrà essere rapportato a quello settimanale.

I periodi di infortunio, malattia, gravidanza e puerperio successivi al primo gennaio 2001 non hanno rilevanza ai fini del riconoscimento della detrazione d'imposta, sia in caso di rapporto di lavoro a tempo determinato della durata effettiva non superiore a due anni sia in caso di rapporto a tempo indeterminato cessato entro il 31.12.2005.

I periodi di sospensione devono essere arrotondati al mese per difetto.

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

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, 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.