



Autocertificazione di attività lavorativa all'estero personale vettori aerei - 1/2

(art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e succ. mod.)

ALL'UFFICIO INPS DI

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*

beneficiario del trattamento di (Barrare la casella corrispondente):

- Cassa integrazione salariale straordinaria dal _____
- Mobilità ordinaria dal _____

Dichiaro (barrare la casella corrispondente)

- Di non aver svolto attività lavorativa remunerata all'estero nell'anno _____
- Di aver svolto attività lavorativa remunerata all'estero nell'anno _____ presso le seguenti aziende, o vettori aerei:
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____
_____ dal _____ al _____

Dichiaro, altresì, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000, che la/le copie integrali dei libretti di volo allegate alla presente dichiarazione sono conformi all'originale in mio possesso (la dichiarazione ha valore ed è obbligatoria solo per il personale pilota).

Allego, copia del seguente documento di identità:

_____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____
Recapito per eventuali comunicazioni _____



Autocertificazione di attività lavorativa all'estero personale vettori aerei - 2/2

(art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e succ. mod.)

- **Mi impegno** a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.
- **Dichiaro** che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle sanzioni penali previste per chi rende dichiarazioni mendaci, o forma atti falsi, o ne fa uso ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e succ. mod.

Sono inoltre consapevole che, fermo restando quanto previsto dal predetto art. 76, le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e, in caso di dichiarazioni non veritiere, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ottenuti.

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.

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.