



Prestazione di indennità

Co. Co. Pro. ex articolo 19, comma 2 della legge n. 2/2009, titolari di rapporti di agenzia e di rappresentanza commerciale, lavoratori autonomi, ivi compresi i titolari di attività di impresa e professionali, iscritti a qualsiasi forma obbligatoria di previdenza e assistenza, operanti nei comuni individuati ai sensi dell'art. 1 dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3754 del 9 aprile 2009 che abbiano dovuto sospendere l'attività a causa degli eventi sismici (Art. 8, lettera b) del decreto legge 28 aprile 2009 n. 39 e art. 5, comma 2, dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3763 del 6 maggio 2009)

NOTA INFORMATIVA

Per ottenere la prestazione prevista dalla legge i collaboratori coordinati e continuativi a progetto in possesso dei requisiti di cui all'art. 19, comma 2, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009 n. 2, i titolari di rapporti di agenzia e di rappresentanza commerciale, lavoratori autonomi, ivi compresi i titolari di attività di impresa e professionali, iscritti a qualsiasi forma obbligatoria di previdenza, oltre a possedere i requisiti di legge, devono compilare il modulo in tutte le sue parti e presentarlo presso i front offices INPS attivi nel territorio regionale dell'Abruzzo,.

● A chi spetta

L'indennità spetta:

- ai collaboratori coordinati e continuativi a progetto ex articolo 19, comma 2 della legge n. 2/2009, iscritti in via esclusiva alla gestione separata presso l'INPS.
- ai titolari di rapporti di agenzia e di rappresentanza commerciale;
- ai lavoratori autonomi, ivi compresi i titolari di attività di impresa e professionali, iscritti a qualsiasi forma obbligatoria di previdenza e assistenza.

L'indennizzo spetta alle categorie di lavoratori sopra indicati che abbiano dovuto sospendere le attività a causa degli eventi sismici.

● Cosa spetta

Una indennità pari ad € 800,00 per un periodo massimo di tre mesi.

● Dati, informazioni e dichiarazioni indispensabili (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)

- dati anagrafici del richiedente.
- dichiarazione di essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

PROTOCOLLO



Prestazione di indennità - 1/2

ALL'INPS DI _____

NOME _____ COGNOME _____

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

A _____ PROV. _____ STATO _____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO * _____ CELLULARE * _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

● Chiedo

l'indennità pari a 800 euro mensili dal 6 aprile 2009 prevista dall' art. 8, lettera b) del decreto legge 28 aprile 2009 n. 39 e art. 5, comma 2, dell' ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3763 del 6 maggio 2009.

● Dichiaro

1) di aver sospeso, in conseguenza del sisma del 6 aprile 2009, la propria attività di:
(barrare casella di interesse)

- co.co.pro. ex articolo 19, comma 2, della legge n. 2/2009;
- titolare di rapporti di agenzia;
- titolare di rappresentanza commerciale;
- lavoratore autonomo;
- titolari di attività di impresa;
- titolari di attività professionali;

2) di impegnarmi a notificare all'Inps la propria eventuale ripresa lavorativa.

data _____

Firma del richiedente _____



Prestazione di indennità - 2/2

Consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 del richiedente _____

● Modalità di pagamento

- bonifico presso ufficio postale
- accredito sul conto corrente bancario o postale

 CODICE IBAN

data _____ Firma del richiedente _____

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.