

Timbro di arrivo

**ATTENZIONE: LEGGERE LE AVVERTENZE ALLEGATE**

DA COMPILARE A MACCHINA O CON CARATTERE STAMPATELLO E DA PRESENTARE ALLA SEDE I.N.P.S. DIRETTAMENTE O A MEZZO POSTA, A CURA DEL DATORE DI LAVORO O DEL LAVORATORE

 RISERVATO  
ALL'INPS

SEDE DI

N° DELLA DENUNCIA

DATA DENUNCIA INAIL

Dig. 38/2000

gg.mm.aaaa (1)

(Indicare la data di presentazione della denuncia all'INAIL)

Emersione lavoro irregolare art. 33 legge 189/02 (1)

sì/no

badante

colf

**DATORE DI LAVORO PERSONA FISICA**

Codice fiscale (1)

Cognome (1)

nome (1)

data nascita (gg.mm.aaaa) (1)

sesso (1)

Cognome del marito (per le donne coniugate)

professione

nazionalità (1)

Comune o Stato di nascita (1) (indicare il Comune anche per le frazioni)

Prov. (1)

DATA ASSUNZIONE (1)

gg.mm.aaaa (1)

**DATORE DI LAVORO PERSONA GIURIDICA**

Codice fiscale (1)

Denominazione della comunità religiosa o convivenza militare (1)

DATA ASSUNZIONE (1)

gg.mm.aaaa (1)

**Indirizzo del datore**

Via, piazza, largo ecc. e numero civico (1)

Frazione (1)

Comune (1) (indicare il Comune anche per le frazioni)

Prov. (1)

C.A.P. (1)

Telefono

Cellulare

Fax

**Indirizzo c/o il quale inviare i bollettini**

C/O (1)

Via, piazza, largo ecc. e numero civico (1)

Frazione

Comune (1) (indicare il Comune, anche per le frazioni)

Prov. (1)

C.A.P. (1)

Telefono

Cellulare

Fax

**Indirizzo dove si svolge il rapporto di lavoro**

Via, piazza, largo ecc. e numero civico

Frazione

Comune (1) (indicare il Comune anche per le frazioni)

Prov. (1)

C.A.P. (1)

Telefono

Cellulare

Fax

**Indirizzo E-Mail**
**Documento di Identità**

Tipo documento (1)

Numero (1)

Rilasciato da (1)

scadenza (gg.mm.aaaa) (1)

**LAVORATORE**

Codice fiscale (1)

Cognome (1)

nome (1)

data nascita (gg.mm.aaaa) (1)

sesso (1)

Cognome del marito (per le donne coniugate)

professione

nazionalità

Comune o Stato di nascita (1) (indicare il Comune anche per le frazioni)

Prov. (1)

Codice lavoratore (1) (2)

Via, piazza, largo ecc. e numero civico (1)

Frazione

Comune (1) (indicare il Comune anche per le frazioni)

Prov. (1)

C.A.P. (1)

Telefono

Cellulare

Fax

Cognome e nome o Denominazione della comunità religiosa o convivenza militare (1)

Cognome e nome (1)

## QUESTIONARIO LAVORATORE

(1) IL LAVORATORE E' GIA' ASSICURATO PRESSO L'INPS?  si/no(1) IL LAVORATORE E' TITOLARE DI PENSIONE ?  si/no

## Documento di Identità

Tipo documento (1)

Numero (1)

Rilasciato da (1)

scadenza (gg.mm.aaaa) (1)

## Estremi del permesso di soggiorno

(obbligatorio per stato di nascita estero)

Numero (1)

Rilasciato dalla Questura di:(1)

scadenza (gg.mm.aaaa) (1)

## NOTE:

## QUESTIONARIO DATORE DI LAVORO

(1) IL LAVORATORE SVOLGE PRESSO IL DATORE DI LAVORO ESCLUSIVAMENTE ATTIVITA' DI NATURA DOMESTICA ? (3)  si/no(1) IL LAVORATORE SVOLGE SERVIZIO CONTINUATO E FRUISCE DI VITTO E ALLOGGIO ?  si/no(1) IL DATORE DI LAVORO E' IL CONIUGE DEL LAVORATORE ?  si/no(1) IL DATORE DI LAVORO E' PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO DEL LAVORATORE ? (4)  si/no

- in caso affermativo specificare il rapporto di parentela o di affinità (Genitore, figlio, fratello, sorella, cognato, suocero, nuora, zio, nonno, nipote ecc.) nel riquadro indicato dalla freccia

(1) IL DATORE DI LAVORO E' GRANDE INVALIDO DI GUERRA O DEL LAVORO OVVERO MUTILATO O INVALIDO CIVILE OVVERO CIECO CIVILE ? (5)  si/no(1) IL DATORE DI LAVORO E' SACERDOTE SECOLARE DI CULTO CATTOLICO ?  si/noORARIO SETTIMANALE  N°(1) ATTUALMENTE OCCUPA ALTRI LAVORATORI ?  si/no(1) NEL CORSO DEI 12 MESI PRECEDENTI QUESTA DENUNCIA HA PRESENTATO ALTRE DENUNCE DI RAPPORTO DI LAVORO ? IN CASO POSITIVO INDICARNE IL N°  si/no  N°

## NOTE:

Firma del datore di lavoro (6) (7)

Firma del lavoratore (6)

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'** - I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiarano che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni. In caso di dichiarazione falsa, il cittadino può subire una condanna penale e decade dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Data

Firma del datore di lavoro (6) (7)

Firma del lavoratore (6)

Preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare notevole ritardo o impossibilità nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti

Data

Firma del datore di lavoro (6) (7)

Preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare notevole ritardo o impossibilità nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti

Data

Firma del lavoratore (6)

**DATORE DI LAVORO PERSONA FISICA**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Cognome</i>	<i>nome</i>	<i>codice fiscale</i>

**DATORE DI LAVORO PERSONA GIURIDICA**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Denominazione della comunità religiosa o convivenza militare</i>	<i>codice fiscale</i>

**LAVORATORE**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Cognome</i>	<i>nome</i>	<i>codice fiscale</i>

HA / HANNO CONSEGNATO LA DENUNCIA DI RAPPORTO DI LAVORO DOMESTICO

DATA ASSUNZIONE (1)   
*gg.mm.aaaa (1)*

FIRMA DELL'IMPIEGATO \_\_\_\_\_

Timbro

**N.B. La presente ricevuta non comprova la sussistenza del rapporto di lavoro**

## AVVERTENZE DI CARATTERE GENERALE

Il presente modulo deve essere utilizzato per la denuncia di lavoro domestico soggetto all'obbligo delle assicurazioni sociali ai sensi del D.P.R. n. 1403 del 31.12.1971.

La denuncia del rapporto di lavoro va presentata entro i 10 gg. successivi al trimestre solare nel corso del quale è avvenuta l'assunzione per non incorrere nelle sanzioni previste per ritardata presentazione della denuncia stessa e nella conseguente applicazione della sanzione per ritardata comunicazione del codice fiscale.

Il modulo deve contenere i dati anagrafici relativi sia al datore di lavoro che al lavoratore e deve essere integralmente compilato negli appositi riquadri.

E' importante che i dati anagrafici del datore di lavoro siano rilevati da un certificato anagrafico o da un documento d'identità in caso di denuncia inviata per corrispondenza deve essere allegato ad essa copia fotostatica dei documenti d'identità e del permesso di soggiorno (in caso di lavoratori extra - comunitari).

In caso di denuncia presentata allo sportello della sede INPS sarà sufficiente l'esibizione di un documento di riconoscimento in originale del datore di lavoro e del lavoratore in corso di validità.

Anche l'eventuale permesso di soggiorno deve essere esibito in originale ed in corso di validità.

**N.B. - Il contributo CUAFF è sempre dovuto. L'esclusione dal relativo versamento è prevista solo nel caso di rapporto di lavoro tra coniugi e tra parenti o affini non oltre il terzo grado che siano conviventi**

### Note:

- 1) Campi obbligatori.
- 2) Il codice lavoratore deve essere indicato quando il lavoratore ne è già in possesso, per un precedente rapporto di lavoro domestico.
- 3) Deve essere data risposta negativa quando il lavoratore svolge contemporaneamente attività lavorativa - sempre alle dipendenze del medesimo datore di lavoro - oltre che nell'ambito della vita familiare anche al di fuori di essa (es. presso lo studio professionale del datore di lavoro, presso l'ambulatorio medico, presso il laboratorio artigiano, presso l'esercizio commerciale, ecc. anche se si trovano nella stessa abitazione del datore di lavoro).
- 4) Deve essere data risposta affermativa nel caso che il rapporto di lavoro intercorra:
  - a) tra figli e genitori ovvero tra generi o nuore e suoceri;
  - b) tra nonni e nipoti e loro coniuge;
  - c) tra bisnonni e pronipoti o loro coniuge;
  - d) tra fratelli o sorelle o tra cognati (cioè con il coniuge di fratelli o sorelle);
  - e) tra zii o loro coniuge e nipoti ovvero tra zii e nipoti o loro coniuge.
- 5) Art. 1, 3° comma, del D.P.R. n° 1403 del 31.12.71

"l'esistenza di vincoli di parentela o di affinità fra datore di lavoro e lavoratore non esclude l'obbligo assicurativo quando sia provato il rapporto di lavoro. L'onere della prova non è, tuttavia, richiesto quando si tratti di persone che, pur in presenza di vincoli di coniugio, parentela o affinità svolgono le seguenti mansioni:

- assistenza agli invalidi di guerra, civili e militari, invalidi per causa di servizio, invalidi del lavoro, fruitori dell'indennità di accompagnamento prevista dalle disposizioni che regolano la materia;
- assistenza dei mutilati ed invalidi civili fruitori delle provvidenze di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, o che siano esclusi da dette provvidenze per motivi attinenti alle loro condizioni economiche e non al grado di menomazione;
- assistenza dei ciechi civili fruitori del particolare trattamento di pensione previsto dalla legge 10 febbraio 1962, n. 66, e successive modifiche ed integrazioni o che ne avrebbero diritto qualora non fossero titolari di un reddito superiore ai limiti stabiliti dalle disposizioni che disciplinano la materia;
- prestazioni di opere nei confronti dei sacerdoti secolari di culto cattolico;
- prestazioni di servizi diretti e personali nei confronti dei componenti le comunità religiose o militari di tipo familiare"

- 6) Nel caso d'analfabetismo, il segno di croce deve essere autenticato dalla firma di due testimoni.
- 7) Se il datore di lavoro è una comunità religiosa o una convivenza militare, la dichiarazione di responsabilità deve essere sottoscritta dal legale rappresentante pro - tempore della comunità o convivenza stessa.